

Upplevelser av ett förändrat arbetssätt hos samtalsteamet på Vårdcentralen Bagaregatan - En kvalitativ intervjustudie

Vetenskapligt projektarbete ST

Anna Berg Vårdcentralen Bagaregatan

Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer. Allmänmedicin
SOSFS 2015:8

Vetenskaplig handledare:

Maria Liljeroos, leg sjuksköterska, medicine doktor

Primärvårdens Utvecklingsenhet i Sörmland (PrimUS), Region Sörmland.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Bakgrund.....	4
Syfte.....	6
Metod	6
Studiedesign	6
Beskrivning av teamet	6
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Gruppen som ett team	10
Att få mandat.....	12
Att skapa struktur i en ostrukturerad arbetssituation	14
Att utgå från de faktiska förutsättningarna	15
En omhändertagande kultur	16
Ett hållbart arbetssätt.....	17
Att pröva sig fram.....	19
Diskussion	20
Gruppen som team.....	20
Att få mandat.....	21
Att skapa struktur i en ostrukturerad arbetssituation	22
Att utgå från de faktiska förutsättningarna, En omhändertagande kultur samt Ett hållbart arbetssätt.	23
Att pröva sig fram.....	25
Styrkor och svagheter	26
Slutsats.....	27
Referenser	28

Sammanfattning

Personer med psykisk ohälsa utgör en stor andel av patienterna i primärvården, och antalet som söker hjälp ökar. För att möta behovet har primärvården behövt, och kommer att behöva, anpassa sitt arbetssätt. Mest specifikt gäller detta personal som arbetar terapeutiskt. Socialstyrelsen poängterar 2018 i nationella riktlinjer för vård vid depression och ångesttillstånd vikten av snabb bedömning, men också av valfriheten mellan läkemedelsbehandling och samtalsterapi. Flera angreppssätt provas i olika delar av Sverige för att möta upp mot det ökade behovet, det finns dock inte någon enhetlig metod. Begrepp som återkommer är ACT, FACT, LEON, IBH mm., samt gruppbehandlingar och internet-KBT. Få studier finns på hur samtalsteam upplever förändringar i arbetssätt som syftar till att möta ett ökat behov. Syftet med denna kvalitativa intervjustudie var därför att undersöka hur det förändrade arbetssättet påverkade upplevelsen av arbetet för de som ingår i samtalsteamet på Bagaregatans Vårdcentral. Intervjuerna gjordes i slutet av en större arbetsförändring med målet att arbeta bort en lång väntelista. Data analyserades enligt Graneheim och Lundman och mynnade ut i 7 kategorier: gruppen som ett team, att få mandat, att skapa struktur i en ostrukturerad arbetssituation, att utgå från de faktiska förutsättningarna, en omhändertagande kultur, ett hållbart arbetssätt och att pröva sig fram. Förändringarna ledde till upplevelsen av ett förbättrat teamarbete samt ett mer effektivt arbetssätt, bland annat med korta beslutsvägar och ökad flexibilitet. Att gruppchefen utifrån sin profession hade förståelse för medarbetarna och gav dem förtroende och mandat förbättrade upplevelsen av arbetsmiljön. Man utgick delvis från gruppens, och de enskilda medlemmarnas specifika förutsättningar, och var lyhörd för dessa aspekter över tid. Detta sågs som en positiv faktor för förändringsprocessen och arbetsupplevelsen.

Bakgrund

Socialstyrelsen definierar psykisk ohälsa som ett övergripande begrepp med flera innebörder. Det omfattar både mindre allvarliga, självrapporterade psykiska besvär, som oro eller nedstämdhet, samt psykiska sjukdomar som uppfyller kriterier för psykiatriska diagnoser och som behandlas inom hälso- och sjukvården (1). Psykisk ohälsa är vanlig och ökar i befolkningen (2). Var tredje patient i väntrummet på en svensk vårdcentral anges ha någon form av psykisk ohälsa (3).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2018 för vård vid depression och ångesttillstånd konstateras att: ”Majoriteten av vuxna personer som drabbas av depressions- eller ångestsymtom söker vård inom primärvården och mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård inom primärvården.” Vidare poängteras vikten av hög tillgänglighet till primär bedömning vilket klassas som prioritet 1 (högsta prioritet). Detta då det finns risk för försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom samt återinsjuknande om rätt behandling uteblir eller försenas. Det kan även medföra risk för suicid. Man poängterar också vikten av god kontinuitet samt aktiv uppföljning. Fortsatt står att läsa att hälso- och sjukvården bör erbjuda patienter med både lindrigare till medelsvåra former av depression samt olika ångesttillstånd ett val mellan så kallad antidepressiv medicinering eller psykoterapi, t.ex. kognitiv beteendeterapi (KBT) (4).

I en studie publicerad i Läkartidningen, baserad på statistik från Stockholms läns landsting 2011, finner man att 20% av patienterna som sökte primärvården fick någon slags hjälp mot psykisk ohälsa (t.ex. förskrivning av psykofarmaka och/eller insomningstabletter samt mindre psykosociala insatser). Dock fick endast 3% av patienterna träffa en terapeut (5).

Då behovet av att ta hand om denna patientgrupp har vuxit har det gjorts flera försök att effektivisera omhändertagandet. T.ex. finns ett samarbete mellan regeringen och Sverige Kommuner och Regioner (SKR), Uppdrag Psykisk Hälsa, som bland annat tillhandahåller utbildningar för vårdpersonal. Återkommande är organisationsmodellen Integrerad Beteendehälsa (IBH) (6). IBH syftar till att förändra hur man administrerar psykologisk behandling och att i högre grad integrera det psykosociala teamet/samtalsteamet i vårdcentralens övriga verksamhet. Inom ramen för IBH förekommer även andra begrepp och behandlingsformer såsom Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och Fast Acceptance

and Commitment Therapy (FACT), kortare terapeutiska insatser (Brief Interventions) samt LEON (Lägsta Effektiva Omhändertagandenivå)/Stegvis vård och snabbare (tid till) bedömningssamtal (7). Men dessa begrepp används även utanför konceptet IBH som enbart är en organisatorisk modell. I Region Sörmland har man t.ex. infört behandlingar med ACT i gruppform. Det finns inget enhetligt angreppssätt i Sverige idag för att ta hand om denna patientgrupp då man befinner sig i en förändringsprocess.

En aspekt av att den psykiska ohälsan ökar, och med det behovet av omhändertagande, är att det finns risk att arbetsmiljön påverkas negativt för den personal som ska hantera de ökade produktionskraven. Nätverk för Primärvårdpsykologer, en del av Psykologförbundet, gav 2017 ut en antologi, som bland annat tar upp det ökade antalet sjukskrivna psykologer samt ett antal riskfaktorer i arbetsmiljön för psykologer inom primärvården. Bland dessa finns rollotydlighet, hög arbetsbelastning med både många patienter och krav på hög produktivitet men även svåra och tunga fall. Man nämner också svåra prioriteringar med etiska överväganden kring huruvida man bör ge mycket till några få eller lite till många. Vidare konstateras att när det uppstår obalans mellan krav och resurser så hanteras detta ofta genom att antingen sänka kraven eller försöka att öka resurserna. När den egna påverkansmöjligheten är begränsad så sker detta ofta på ett osunt sätt vilket ökar riskerna för ohälsa (8).

Det finns fler kända riskfaktorer för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Stressforskningsinstitutet vid Stockholms universitet konstaterar i temabladet "Arbetsorganisation & hälsa" att den så kallade krav-kontrollmodellen varit dominerande inom psykosocial arbetsmiljöforskning sedan den introducerades för över 30 år sedan. Den bärande idén är att "effekterna av psykiska krav på de anställda har att göra med hur mycket kontroll, eller med ett bättre ord, beslutsutrymme, eller handlingsutrymme, de har". En ytterligare faktor är graden av stöd som organisationen ger de anställda (9).

SBU konstaterade 2015 kunskapsluckor kring evidensen för kortare terapiinsatser för ångest och depressionsdiagnoser. Det innebär att metoden är otillräckligt utvärderad. Antingen i form av brist på primärstudier eller avsaknad av välgjorda och aktuella systematisk(a) översikter. (10-13). I en review artikel med fokus på Integrerad Beteendehälsa från 2018 konstaterar författarna att forskning fortfarande saknas för att kunna utvärdera evidens för modellen. Anledningen till detta är att artikeln är baserad på effectivenessstudier, och inte randomiserade, kontrollerade studier med kontrollgrupp. Patienterna rapporteras dock nöjda med behandlingen

och funktionsgraden har förbättrats även i långtidsuppföljningar. Acceptansen och tillfredsställelsen hos vårdgivare beskrivs som hög (11). Även om dessa utfall verkar lovande är det fortfarande utifrån aktuell forskning osäkert vad resultatet blir, inte bara för patienterna, utan också för de psykosociala team som genomför detta skifte i arbetssätt.

Välfungerande team med god teamdynamik är kopplat till högre arbetstillfredsställelse (12), men även i viss mån till bättre utfall för patienter. Bland annat finns koppling visad till patientsäkerhet (13). Att uppnå ett välfungerande team samt god arbetstillfredsställelse skulle enligt dessa studier kunna vara positivt för både behandlare och patienter.

Som nämns i början av detta avsnitt har ett flertal arbetsförändringar nyligen genomförts runt om i Sverige, med syfte att effektivisera omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa. Även på Bagaregatans vårdcentral har flera arbetsförändringar gjorts vilka beskrivs under ”Metod”. Då både behandlingsmodeller samt de organisatoriska modellerna är relativt nya är området ännu inte välbeforskat. Kunskap om förändringarnas effekter för vårdpersonalen saknas till stor del.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva hur det förändrade arbetssättet påverkat upplevelsen av arbetet för de som ingår i samtalsteamet på Bagaregatans Vårdcentral.

Metod

Studiedesign

För att uppnå syftet med studien användes en kvalitativ forskningsdesign och datainsamlingen skedde i form av semistrukturerade, individuella intervjuer med personal som arbetade i samtalsteamet på Bagaregatans vårdcentral i Nyköping.

Beskrivning av teamet

Beskrivningen såsom var gällande vid tidpunkten för studiens början: Vårdcentralen Bagaregatan har c:a 13 000 listade patienter och ligger centralt belägen i Nyköping. Patientunderlaget är blandat ur ett socioekonomiskt perspektiv. Utöver läkare och

distriktssköterskor samt BVC-mottagning finns även ett rehabteam, där samtalsteamet ingår. Det bemannas av fysioterapeuter, arbetsterapeuter och samtalsteamet, som består av två psykologer, en psykoterapeut och en kurator. Inflödet av patienter sker via egenanmälan eller via hänvisning från läkare eller sjuksköterska. Remisser inkommer, främst från det närbelägna sjukhusets kliniker. Oftast görs en första avstämning med patienten telefonledes. Därefter sätts patienten på väntelista för bedömning och behandling. Vissa patienter kan prioriteras högre utifrån allvarlighetsgrad eller typ av problematik och bokas in direkt. Samtalsteamet på vårdcentralen hade genomfört en rad förändringar i arbetssätt under några år tillbaka (bland annat uppstart av gruppverksamheter). Alla utom en person var anställda senaste året, vilket var en utökning av antalet tjänster. Dessförinnan fanns dessutom vakanser. Ett större arbete med flera specifika förändringar genomfördes under halvåret vår-höst 2018. Maj 2018 definieras som startpunkt för studien.

Målet med förändringsarbetet var att bli av med en lång väntelista där vissa patienter hade fått vänta så pass länge att det inte längre var möjligt att bedöma aktuellt vårdbehov. Samt att få kontroll över patientflödet. Teamet jobbade aktivt med att korta ner väntelistan, bland annat genom att skicka ut brev till alla som väntat längre än 2,5 månader med uppmaning att höra av sig inom 1 månad om behov av bedömning kvarstod. Samtidigt fokuserades arbetet mot snabbare bedömningar, mer tidsbegränsade terapeutiska insatser samt att utöka behandlingsarsenalen med bl.a. fler gruppaktiviteter. Utöver det förändrade gruppen organisatoriska rutiner, tele-q rutiner samt ökade interaktionen inom teamet både vad gällde hjälp med bedömningar samt tid till psykosocial stöttning och support inom gruppen. Framför allt skedde detta genom dagliga, korta möten. I början av detta arbete togs chefsposten för rehab (där samtalsteam, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ingår) över av en av medlemmarna i samtalsteamet.

[Datainsamling](#)

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med de fyra deltagarna i samtalsteamet. Intervjuerna genomfördes på arbetsplatsen i respektive deltagares arbetsrum, inom loppet av några veckor under slutet av 2018, dvs. i slutet av perioden som förändringsarbetet pågick. Deltagarna fick själva planera in intervjuerna där möjlighet fanns i schemat. Intervjuerna började med att intervjuaren (författaren till studien) sammanfattade de förändringar som gjorts i teamet och i vilken fas av processen teamet befann sig vid intervjutillfället. Detta för att konkretisera

arbetsförändringarna för deltagarna samt tydliggöra att syftet med intervjun var att utvärdera effekterna av just dessa förändringar jämfört med tidigare arbetssätt. Därefter ställdes frågor med intentionen att få till ett resonerande kring upplevelsen av arbetet innan förändringarna respektive den dag intervjuerna gjordes. Frågorna handlade om vardagen på jobbet, arbetsbelastning, farhågor, förhoppningar, graden av variation i arbetet, struktur, tillfredsställelse, återkoppling från patienter samt tankar om framtiden relaterat till arbetssättet de gått över till. (Se bilaga 1.) Intervjuerna spelades in med hjälp av mobiltelefon.

Dataanalys

Data analyserades med en manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (14). Kortfattat innebär det att texten analyserades utifrån en bestämd modell där man utifrån frågeställningen plockar ut relevanta delar av texten, så kallade meningsbärande enheter. Dessa kondenseras därefter, vilket innebär att texten kortas ner och att innehållet förtydligas så att andemeningen bättre framkommer. Därefter kodas dessa enheter för att sedan grupperas i subkategorier och kategorier. Analysen av texten enligt ovan utgör studiens resultat.

Intervjuerna skrevs ut ordagrant och anonymiserades genom att en bokstav fick representera intervjupersonens namn. Bokstaven hade ingen koppling till namn. Därefter infogades alla intervjuer i en tabell i samma Word-dokument och lästes igenom. Tabellen fick i slutändan 5 kolumner där kolumn 1 försågs med numrering, vilket är av praktisk betydelse för att kunna sortera i dokumentet. Kolumn 2 var själva intervjutexten, nu uppdelad i meningsenheter. I kolumn 3 gjordes en kondensering av meningsenheterna. I kolumn 4 gjordes ett försök att koda. Det blev dock uppenbart varefter arbetet fortskred att det behövdes en mer övergripande sortering varför dokumentet sågs över igen, från början till slut, med tillägg av en mer övergripande kategorisering/kodning i kolumn 5. Således blev kategorierna i kolumn 4 koder och kolumn 5 subkategorier (Tabell 1). I och med att dokumentet gick igenom en andra gång sorterades texten så att fler meningsenheter skapades i vissa fall. Detta då ett flertal meningsenheter var långa och ansågs innehålla material till fler än en kod. Allt för att få ett så rikt och varierat resultat som möjligt.

Tabell 1. Exempel på analysarbetet

Numrering	Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori
568	Om man kanske behöver jobba lite mindre eller om man kan ta lite mer, att man orkar. Att vi reglerar det mellan oss.	Om man behöver jobba mindre, eller kan ta mer. Vad man orkar. Vi reglerar det mellan oss.	Möjlighet till individuell anpassning	Individuell anpassning

För att få en bättre överblick skrevs dokumentet med tabellen ut varpå alla kodade meningsenheter klipptes ut för hand och sorterades in i fysiska mappar som försågs med kodens namn. När meningsenheterna låg sorterade i mapparna erbjöds en chans att gå igenom materialet igen och se över sorteringen och innehållet utifrån studiens syfte. Därefter arbetades materialet igenom, delar av det flera gånger. Detta då själva arbetsmetoden med att koda och gruppera blev mer tydlig under arbetets gång, och det blev viktigt att hela materialet kodades på ett enhetligt sätt. Under denna process hölls stadig kontakt med handledaren för återkoppling.

Etiska överväganden

Arbetet var kopplat till författarens kliniska vardag på arbetsplatsen och har aldrig avsetts publiceras i någon vetenskaplig tidskrift. Verksamhetschefen godkände projektet inför start. De intervjuade informerades om att deltagande i studien var frivilligt. Då arbetet utfördes på den egna arbetsplatsen var det av vikt att skydda intervjupersonernas integritet. Detta skedde genom att anonymisera citat för att minimera risken att det skulle gå att härleda dem till någon specifik person. Intervjupersonerna blev informerade om att möjlighet fanns att exkludera delar av intervjumaterialet om intervjupersonen så önskade samt fick läsa igenom respektive intervjutext för att säkerställa att delar som uppfattades som känsliga inte citerades i det slutliga arbetet. Inför eventuell spridning eller presentation av arbetet utöver granskning kommer författaren inhämta intervjupersonernas godkännande. Materialet förvarades på sådant sätt att ingen annan än författaren har haft tillgång till det. Inspelningarna överfördes från mobiltelefonen till författarens google drive, som kräver författarens fingeravtryck för att få åtkomst. De transkriberade intervjuerna och olika versioner av arbetet sparades på författarens

lösenordskyddade privata dator. Det fysiska materialet med urklippta koder förvarades i författarens hem i författarens skrivbord som inte nyttjas av någon annan.

Resultat

Innehållsanalysen utmynnade i 18 subkategorier som i sin tur bildade 7 kategorier, se tabell 2.

Tabell 2. Beskrivning av subkategorier och kategorier.

Subkategorier	Kategorier
Teamarbete	Gruppen som ett team
Kontinuerligt förbättringsarbete	
Positiv feedback	
Chefens betydelse	Att få mandat
Att få förtroende	
Egenvärde	
Ökad effektivitet	
Kontroll	Att skapa struktur i en ostrukturerad arbetssituation
Det egna ansvaret för ens arbetsmiljö	
Att utgå från gruppens förutsättningar	Att utgå från de faktiska förutsättningarna
Individuell anpassning	
Öppenhet	En omhändertagande kultur
Lyhördhet	
Att (riskera) överstiga sina resurser	Ett hållbart arbetssätt
Etisk stress	
Temporära utmaningar med nya arbetssätt	
Flexibilitet i arbetet	Att pröva sig fram
Variation i arbetet	

Gruppen som ett team

Denna kategori rör främst gruppens interna teamarbete och faktorer som relaterar till detta arbete. Men även arbetet gentemot övriga vårdcentralen. Subkategorier är "Teamarbete", "Kontinuerligt förbättringsarbete" och "Positiv feedback".

Teamarbete

"För jag kom bara att tänka på hur det var innan. Alltså det var när vi inte var alla. Alla hade inte börjat arbeta här ännu. Tidigare. Då var vi inget team. Det fanns inget team. Alltså vi hette samtalsteamet men det var lite mer att vi jobbade individuellt. Vi gick inte åt samma håll. Jag tänker bara på hur viktigt det är. Alltså att det skapar rätt förutsättningar för att kunna göra det jobbet som man vill. Och komma dit man vill."

I några fall ansåg de intervjuade att teamet kunde fungera som en avlastande faktor. T.ex. kunde det kännas enklare att hantera patienter med tyngre problematik eftersom arbetet i teamet fungerade bra och atmosfären där var god. Ett annat exempel var att ett team också kan fungera som avlastning för att man kan få hjälp att ta hand om vissa patienter. Här kan också fler yrkeskategorier på vårdcentralen och fler teamkonstellationer räknas in.

Bredden av kompetens i teamet nämndes som en styrka. Att olika personer har förmågan att se saker från olika vinklar beskrivs som positivt både för patienter och personal. Att ge varandra utrymme att göra det som var och en är bra på uppges vara viktigt.

“Och det är ingen som lägger sig i den andras jobb utan vi stöttar i stället skulle jag säga. Det är ju en styrka.”

En annan stärkande faktor relaterad till gruppens interna arbete uppgavs vara att man strävar mot samma mål.

Kontinuerligt förbättringsarbete

En förändring som hade införts var korta, dagliga, möten efter lunch. Dessa fungerade som ett sätt att fördela inkomna ärenden men även en möjlighet att driva förändringsarbete framåt samt, vilket redan nämnts, ett sätt att checka av hur var och en har det.

“Vi försöker träffas varje dag efter lunch. Det blir som ett kontinuerligt förbättringsarbete.”

Positiv feedback

En positiv aspekt var ökad positiv feedback från övrig personal från vårdcentralen samt en viss ökning av positiva kommentarer från patienterna gällande väntetiderna. Det fanns också en liten minskning av negativa kommentarer gällande samma tema. Utifrån det något knappa materialet ter sig den positiva feedbacken från övrig personal ha större positiv inverkan på de intervjuade.

Att få mandat

Mandat att få bestämma själv/själva framträdde som en kategori med subkategorierna “chefens betydelse”, “att få förtroende”, “egenvärde” samt “ökad effektivitet”.

Något som framkom tydligt var viljan att själva få bestämma över det sätt på vilket arbetet bedrivs inom samtalsenheten på VC Bagaregatan. Detta gällde både på gruppnivå (bedriva förbättringsarbete) samt individnivå (kunna påverka sitt eget dagliga arbete). En person angav det till exempel som ett kriterium för att gruppen skulle kunna fortsätta arbeta på det sätt man påbörjat. Denna vilja att själva bestämma över arbetet kopplades till uppfattningen att det är viktigt med förståelse för hur man arbetar i en terapeutisk verksamhet för att kunna vara med och driva förändringar i verksamheten.

Chefens betydelse

Betydelsen av vem som är chef beskrevs som viktigt. Att ha en gruppchef som sedan tidigare arbetade i teamet, samt delade den terapeutiska skolningen med resten av teamet sågs som mycket positivt utifrån den goda förståelse för arbetet som det medför. Detta medförde en känsla av ökat lugn.

”Man behöver inte lägga en massa energi på att förklara varför man inte kan göra på ett visst sätt eller varför man gör på ett annat sätt. Eller hur man jobbar eller hur man viktat patienter.”

Att få förtroende

Att chefen har förståelse för vad arbetet innebär kopplades till förtroende för medarbetarna. Känslan av att få förtroende angavs som stärkande faktor för att kunna upprätthålla förändringsarbetet. Det gav bland annat möjlighet att få prova att genomföra vissa förändringar, på gruppens initiativ. Vikten av att få lita på sin egen kompetens poängterades också i detta sammanhang.

“Hon litar på vad vi gör. Att vi gör ett bra jobb. Hon vet vad det innebär.”

Förtroende angavs också som en stärkande faktor för att kunna upprätthålla förändringsarbetet.

“Eller förstärker eller underlättar tänker jag att det är dels att vi får möjlighet att göra det, och tro på det som vi tänker är bra just nu. Och vilka förändringar vi tänker att det är bra att göra. Att vi faktiskt får prova det.”

Egenvärde

Viljan att bestämma själv nämndes tillsammans med känslan av ett högt skattat professionellt egenvärde. Att potentiellt ägna sig åt påtvingade arbetsuppgifter som inte upplevdes ge mervärde (antingen för patient och/eller personal) angavs som slöseri med de egna resurserna. Att gruppen värdesätter var och ens specifika kunskaper sågs som en styrka.

“Och att vi ger varandra utrymme för att göra det som vi tycker att vi kanske är bra på. Vi har ju olika inriktningar t.ex.”

Ökad effektivitet

Det faktum att en i gruppen nu tagit på sig ledarrollen ökade också effektiviteten eftersom det blivit tydligt vem som gjorde vad och vem som hade rollen att kommunicera med resten av arbetsplatsen samt att initiera och genomdriva förändring. Flera personer uttryckte att arbetet blir mer effektivt när gruppen får bestämma själva och lägga upp arbetet som det passar dem. Exempelvis kunde stress upplevas positivt när man själv är den som satt upp mål och känner att man kan styra över arbetet. Detta upplevdes göra arbetet mer effektivt. Till skillnad från stress som utlösts av direktiv man själv inte haft inflytande i eller kan styra över.

“Att man inte ska känna någon stress uppifrån. Positiv stress är bra att ha i jobbet. Men att man själv sätter den stressen. Att man känner att man styr själv. Så. För då blir det mer effektivt, arbetet.”

“Ja det är ju en helt annan process. Därför att vi är ju i det. Och där vi också reviderar hela tiden. Vi behöver inte gå sex månader och göra på ett visst sätt utan vi kan faktiskt ganska snabbt ändra.”

Att skapa struktur i en ostrukturerad arbetssituation

Under denna kategori ryms subkategorierna ”kontroll” samt ”det egna ansvaret för ens arbetsmiljö”.

Kontroll

Ett mål med omstruktureringen var att få kontroll över patientflödet. En person uttrycker att skillnaden mellan då och nu är att det (nu) finns en kontroll över patienterna och väntelistan. Att inte ha denna kontroll upplevdes stressande.

“Det är jättestor skillnad. För man har inte den här tyngden på sig hela tiden. Alltså att det är några som väntar. Att det är patienter som väntar. Man känner inte den här stressen. Utan det är som en sten som ramlat, bara. Alltså det känns som att man har kontroll nu över patientsituationen.”

Att själv kunna reglera schemat efter de behov som uppstår kunde användas som ett sätt att upprätthålla en acceptabel arbetsbelastning. Att ha kontroll över schemat kunde också innebära att man själv ansvarar för, och bokar sina egna patienter. En person berättade att det t.ex. möjliggjorde att man kunde separera patienter som upplevs mer krävande att behandla, eller patienter där man vet att det är svårt att hålla tiden.

Det egna ansvaret för ens arbetsmiljö

Ovanstående berättelse gränsar till nästa subkategori ”det egna ansvaret för ens arbetsmiljö”. Flera personer nämner att det är svårt att veta hur man ska planera och prioritera i schemat. Att ha andra uppdrag än att enbart ha mottagningspatienter (t.ex. olika former av gruppverksamhet eller andra uppdrag) nämns i termer av att försvåra detta planeringsarbete. Att kunna lägga in ”luft” i schemat beskrivs av flera som nödvändigt om man ska ha möjlighet att boka in redan påbörjade patienter inom rimlig tid. Två personer reflekterar över det egna ansvaret och nämner att det är ens eget ansvar att sätta gränser. Dels kopplat till att arbetssituationen ska bli hanterbar. Men också indirekt för att kunna se till att allt som behöver rymmas i schemat får plats. En

person ger exemplet att om man tar in för många patienter hinner man inte med administrationen.

Att utgå från de faktiska förutsättningarna

I kategorin “Att utgå från de faktiska förutsättningarna” beskrevs att chefen tillsammans med gruppen, i strävan att nå de egna uppsatta målen, valt att arbeta utifrån de faktiska förutsättningar som fanns i gruppen. Det innebär både yttre faktorer, såsom hur väntelista och patientgruppen såg ut, men också inre faktorer som direkt kopplas till personalen. Det vill säga varje enskild individs kompetens, till viss del intressen, samt förutsättningar både vad gäller egenupplevd arbetskapacitet och faktorer i privatlivet som kan påverka. Underkategorier är “att utgå från gruppens förutsättningar” och “individuell anpassning”.

Att utgå från gruppens förutsättningar

Att utgå från gruppens förutsättningar handlade dels om att utgå från här och nu, och bestämma sig för att ändra inom områden som gruppen själv upplever kan förbättras eller behöver ändras på (patientflödet, schemaläggning, mötesstruktur etc.). I kontrast till att förändringsdirektiven kommer någon annanstans ifrån, längre upp i organisationen. Men det nämndes också kopplat till det faktum att gruppen var relativt ny, både på vårdcentralen och för varandra. Och hur man kan hitta det mest framgångsrika arbetssättet i just den konstellationen.

“Eftersom vi också är rätt nya med varandra. Vi har ju inte jobbat så länge i den här gruppen, i den här konstellationen. Så det är också viktigt att hitta varandra och våra styrkor. Så att det kommer bäst fram. Och så att vi bäst kan använda dem i verksamheten.”

Individuell anpassning

Individuell anpassning kunde handla om att man under en period arbetar lite mindre, utifrån ett temporärt behov att minska på arbetsbelastningen, för att senare kunna skala upp igen och kanske t.o.m. jobba mer än vanligt under en period. Men också om att man från dag till dag reglerade patientinflödet inom gruppen.

“Om man kanske behöver jobba lite mindre eller om man kan ta lite mer, att man orkar. Att vi reglerar det mellan oss.”

Det kunde också handla om att skapa utrymme i schemat för återhämtning. T.ex. att ha möjlighet att gå hem tidigare en dag i veckan. Utöver att reglera arbetsbelastningen nämnde flera personer möjligheten att få arbeta mer med det man brinner extra för och mindre med de arbetsuppgifter man inte har ett lika högt intresse för som en positiv faktor. Exempel på detta var möjligheten att arbeta mer fokuserat med en viss patientgrupp, att få gå vissa kurser, att få testa olika behandlingsmodeller i gruppformat och att få jobba mer eller mindre med nybedömningar.

En omhändertagande kultur

Ett annat gemensamt drag i gruppen som framkom i intervjuerna var "en omhändertagande kultur". Denna kategori gränsar till "att utgå från de faktiska förutsättningarna" och är delvis svår att separera därifrån. Subkategorier är "En omhändertagande kultur" samt "öppenhet och lyhördhet gentemot varandra".

Det framträdde en tydlig bild av acceptans för att varje individ har ett unikt "tak" för hur hög arbetsbelastning man orkar med utan att det går ut över den egna hälsan. Och att detta varierar över tid. En person angav det t.ex. som en faktor som stärker gruppen i att kunna fortsätta att arbeta på nuvarande sätt.

"Och att man får jobba utifrån sin förmåga och sina förutsättningar nu."

Det framkom även att det var accepterat, och även eftersträvarsvärt, utifrån chefens perspektiv att förhålla sig till och anpassa sig till det egna "taket" vilket i praktiken blev en del av den individuella anpassningen. Det föreföll alltså existera "en omhändertagande kultur" som bland annat hade till syfte att se till att denna gräns inte överskreds.

"Och att jag får det stödet från arbetsgruppen att: "Ta bara så många som du orkar."

Det dagliga mötet uppgavs av flera som ett forum för att fortlöpande se till varandras mående. Nedan en kommentar gällande farhågan att arbetsbelastningen skulle bli för hög under arbetet att få bort väntelistan.

”Det skulle ju inte ha kunnat gå så långt eftersom vi hela tiden har den här ”incheckningen” eller vad man ska kalla det. Och vi är väldigt måna om varandra och hjälpsamma.”

Öppenhet och lyhördhet gentemot varandra

En subkategori under ”en omhändertagande kultur” är ”öppenhet och lyhördhet gentemot varandra”. Att kunna prata om, och vara öppen med hur man mår, nämndes i sammanhanget i nära anslutning till utsagor som indikerar lyhördhet inom gruppen för varandras mående och gränser. Dessa faktorer kan ses som en förutsättning för att ge teammedlemmarna möjlighet att ta hand om varandra.

”Man har varit jättetrött. Och man har sett på de andra lite, och att de har uttryckt det. Vi har ju pratat som sagt, hela tiden, varit väldigt öppna.”

”Jag tycker att vår arbetsgrupp funkar väldigt bra. Vi stöttar varandra och försöker se varandra och vad vi behöver.”

Ett hållbart arbetssätt

Den här kategorin handlar om flera aspekter kopplade till arbetsbelastning. Både om upplevelser när arbetsbelastningen är hög samt strategier att hantera denna situation. Det finns tre underkategorier: “Att (riskera) överstiga sina resurser”, “temporära utmaningar med nya arbetssätt” och “etisk stress”.

Att (riskera) överstiga sina resurser

Arbetsbelastningen under perioden beskrevs olika hos representanterna i teamet. Det finns både beskrivningar av högre arbetsbelastning än vanligt samt uttryck för att arbetsbelastningen upplevts rimlig. Likaså varierade beskrivningarna av förekomst av stress på arbetet. Kopplat till upplevelsen av hög belastning finns också kommentarer om att detta i negativ bemärkelse påverkar hur roligt arbetet upplevs. Samt att ökad stress negativt påverkar ens egen prestation. Upplevelsen av arbetsbelastning är delvis kopplade till vars och ens unika situation och behöver inte alltid vara kopplat till förändringsarbetet.

På samma gång beskrivs arbetet i positiva ordalag. En person säger att trots att det är en “daglig utmaning” att kunna beta av väntelistan och samtidigt ta in nya patienter så är det fortfarande roligt. Flera personer talar också om att arbetsbelastningen går upp och ner vilket resulterar i “stresstoppar” som därefter minskar, vilket uppfattas som hanterbart. En person kommenterar dock att stressen som tidigare fanns kopplad till väntelistan nu på ett sätt flyttat till schemat eller till tidboken.

Vad det gäller framtiden ses just en potentiell obalans mellan personalresurser/lediga tider och inflödet av patienter som ett hot mot att kunna upprätthålla det nuvarande arbetssättet och fortsätta hålla nere väntelistan. Exempelvis om någon i personalen slutar eller blir sjukskriven under en längre period.

“Största risken är väl om det blir spikar i inflödet som man inte kan hantera. det tänker jag är ett stort hot. Att inte ha nåt riktigt utrymme för det. I och med att jag är ganska mättad, och jag tror att de andra är ganska mättade också med tider.”

En annan reflektion från en deltagare är att möjligheten att upprätthålla ett hållbart arbetssätt påverkas av mängden patienter man tar in.

“Man blir ju mer sårbar, tror jag, ju mer patientrelationer man bygger upp desto mer sårbar blir man. För ju mer kan det ju komma tre gamla patienter som är i en kris. (Skrattar) Helt plötsligt. Och som man har sagt jamen att ”OK, vi avslutar nu men ni får höra av er, liksom.”

Etisk stress

En etisk konflikt som kunde identifieras var den mellan att ta in nya patienter kontra att boka in patienter från väntelistan som väntat längre. Flera nämnde denna aspekt och en person använde ordvalet etisk stress. En deltagare pratade också om en känsla av otillräcklighet som kom oftare nu då hen snabbare än förut släppte patienterna. Trots denna känsla landade det totala omdömet i att det ändå kändes bättre nu.

“För man kan ändå ge nånting till alla nu egentligen. Och förut så kunde man inte ge nånting till alla. Utan det blev ju bara till vissa.”

Temporära utmaningar med nya arbetssätt.

Flera deltagare nämnde att det finns (mer eller mindre) temporära utmaningar med nya arbetssätt. T.ex. att man initialt måste investera mer tid samt att det kan vara svårt att hitta en struktur och rutiner. En deltagare berättade att när man ska göra något man inte gjort förut, tex att starta upp nya behandlingsmetoder, kan det också innebära att man måste exponera sig för stress och osäkerhet. Samma deltagare berättade också att det trots allt varit positivt att få växa in i uppgiften. En annan deltagare berättade om hur en initial rädsla för att lämna patienterna för tidigt på egna ben gick över till en ökad tilltro både till sitt eget arbetssätt samt ett konstaterande att hen hade tilltro till sin egen professionella förmåga att göra bedömningar.

Att pröva sig fram

Denna kategori bildades av subkategorierna “flexibilitet i arbetet” och “variation i arbetet”. “Att pröva sig fram” angavs från flera som ett önskvärt sätt att arbeta. Det kunde gälla både för gruppen och för varje enskild individ i gruppen. Att pröva sig fram förklarades som en möjlighet att få testa olika arbetssätt med intentionen förbättra arbetssättet och att kontinuerligt utvärdera och behålla det som fungerar, och sluta med, eller förändra, det som inte fungerar.

“Vad behöver vi ändra för att det ska blir bättre? Och då kommer vi på: ah men om vi gör det här? Vi provar det här, vi provar det här. Och vi provar olika saker. Och sen... vissa saker blir jättebra och vissa saker blir inte så bra. Men då: “Nej men vi gör inte det här.”. Vi gör det som funkar.”

Flexibilitet i arbetet

Flexibilitet, som angränsar till konceptet “att pröva sig fram” eftersom det är en förutsättning, angavs som en positiv faktor på flera områden, t.ex. gällande hur man lägger upp terapin för enskilda patienter. En del i arbetet med att jobba med patientflödet innebar att i större utsträckning försöka individualisera antalet terapisessioner och intervallen mellan återbesöken. Exemplet nedan gäller flexibilitet relaterat till intervallerna för återbesök.

“Så det har blivit mindre stress också genom att göra så. För det är mer flexibelt. Och så måste man inte träffa varje patient varje vecka eller varannan vecka. Utan vissa träffar man varje

månad tex. [...] Och vissa vill inte komma mer än var sjätte vecka. Ha lite uppföljning bara. Så det är jätteolika.”

Flexibilitet angavs också vara en fördel relaterat till hur man kan arbeta med den egna arbetsdagen. Ett exempel på det är en kommentar som en person gjorde angående en schemaförändring som gjorts. Förändringen innebär att medarbetarna själva väljer när i schemat de lägger sina tele-q tider. Personen kommenterade att denna flexibilitet också leder till ökad effektivitet.

“För mig har det inneburit att istället för att ha en fast tid... vilket schematekniskt kan göra att jag blir mer låst i hur många patienter jag kan ta, så kan jag kanske ta en patient extra.”

Att vara en liten grupp angavs ge förutsättningar för flexibilitet eftersom det ger möjlighet att förändra saker snabbt.

“Och eftersom vi är en liten grupp, och vi har inte så långa beslutsvägar..., så kan vi också göra förändringarna väldigt snabbt.”

Flexibilitet återfanns i materialet således tillsammans med upplevelse av mindre stress och ökad effektivitet.

Variation i arbetet

Det fanns olika uppfattningar om huruvida det är fördelaktigt med variation. Samtidigt som variation beskrevs göra arbetet roligare och sågs som ett sätt att vila genom att man får göra olika saker på jobbet fanns det en önskan hos vissa om att snäva in och göra mer av en sak, samt att få fördjupa sig i vissa diagnoser.

Diskussion

Gruppen som team

Det är svårt att hitta en helt entydig beskrivning av vad som definierar ett team. I litteraturen finns många likartade definitioner. I Psykologilexikon av Egidius definieras ett team som en grupp av flera individer som fungerar som ett lag, och som samverkar med varandra och

samarbetar mot ett gemensamt mål. Inkluderat är också det faktum att teammedlemmarna har olika kompetenser som kompletterar varandra i arbetet mot det gemensamma målet (15). Det som framkommer i denna studie under rubriken ”Gruppen som ett team” visar på att dessa komponenter verkar finnas. Denna känsla av att vara ett team verkar också upplevas som en positiv skillnad mot tidigare.

Att få mandat

I intervjuerna lyfts värdet av att få mandat att bestämma över gruppens eget arbete. Det kopplas till vikten av att ha god förståelse för vad arbetet innebär både hos teamet i stort som hos arbetsledaren/chefen. Detta i sin tur för att kunna bedriva arbetet på ett funktionellt, sunt och effektivt sätt. Liknande diskussioner förekommer även bland andra professioner inom vården. En rapport som beställdes och publicerades av Läkartidningen 2017 visade på flera positiva effekter när läkare leder sjukvårdsverksamheter. Enligt författarna finns det stöd i forskningen för att medicinsk kompetens hos chefer inom sjukhusvården bidrar positivt till utfallet när det gäller bland annat vårdkvalitet (hälso nytta, patientsäkerhet och patienttillfredsställelse) samt personaltillfredsställelse, minskad personalomsättning och utbrändhet. Exakt vad det är som driver dessa samband enligt rapporten är oklart, men det finns en del stöd för att läkares medicinska bakgrund gör att de har en högre trovärdighet jämfört med andra ledare samt att den kliniska kompetensen gör att de fattar bättre beslut (16). Möjligen kan man tillämpa dessa slutsatser även på resultatet i denna studie. Detta då gruppchefen har klinisk kompetens, det vill säga god kunskap om diagnostik och behandling för just denna patientgrupp. Gruppen ger också uttryck för att chefen i och med denna kunskap har en hög trovärdighet. Om så är fallet, skulle det vara intressant att vidare studera hur utfallet för patienter och personal påverkas av det faktum att gruppchefer har professionell kompetens inom aktuellt vårdområde.

Att ledaren för ett team, även ur andra aspekter, har betydelse för teammedlemmarnas arbetsupplevelse har studerats i flera tidigare arbeten. I en studie av upplevelsen av arbetet hos multidisciplinära vårdteam inom den offentliga psykiatriska vården i Australien nämns som viktiga egenskaper förmågan till öppen och respektfull kommunikation, att kunna se teamets behov samt att erkänna de yrkesspecifika rollerna i teamet (17). Dessa faktorer beskrivs också av de intervjuade som förekommande, och positiva, faktorer för upplevelsen av arbetet.

På temat "egenvärde" kan man konstatera att det i intervjuerna framträdde ett starkt behov av att ha inflytande över det egna arbetet. Samt att alla deltagare också får vara delaktiga i, och använda sin professionella kunskap till, att lägga upp arbetet inom teamet. Flera personer menade att arbetet blir mer effektivt på det sättet. Detta var också den bild som framträdde av det faktiska arbetssättet. Det gick att urskilja en väsentligen plan hierarkisk struktur som samtidigt var flexibel, med möjlighet att snabbt påverka och förändra. Vad gäller effektivitet har man också, i enlighet med den uppfattning som framkom, kunnat se att det motsatta, att en stark hierarki, påverkar teamets effektivitet på ett negativt sätt (18).

Flera nämnde vikten av att känna förtroende från chefen och gruppen. Att få tillåtelse att våga lita på att man "gör rätt" i sitt arbete, utifrån ens egna professionella bedömning, upplevdes mycket värdefullt och gav dessutom möjlighet till fullt fokus på arbetsuppgifterna. Detta ledde i sin tur leder till att till att arbetet blev mer effektivt. Kopplingen mellan förtroende inom teamet och ökad effektivitet är också studerad tidigare med en ökad effektivitet vid högt förtroende inom gruppen (19).

Att skapa struktur i en ostrukturerad arbetssituation

Som tidigare nämnt är det känt att förhållandet mellan krav och kontroll påverkar den psykosociala arbetsmiljön. En hög grad av kontroll verkar kunna "buffra" för den påfrestning höga krav i arbetet för med sig (20, 21). Att bedriva planerad mottagningsverksamhet innebär att man måste förhålla sig till yttre krav som kan variera över tid (patientflöde, direktiv gällande gränsdragningar mellan psykiatri och primärvård, direktiv gemensamma i regionen), samtidigt som personalresurserna oftast är desamma eller temporärt begränsade (sjukdom, vård av barn, mm). Uppdraget är att ta hand om alla de individer som behöver psykologiskt stöd och hjälp i den patientstock som är listad på vårdcentralen. Det går inte att veta exakt hur många individer som varje dag kommer söka för att få denna hjälp, även om det går att göra uppskattningar. Målet att ta hand om alla som söker hjälp måste vägas mot ett begränsat antal arbetstimmar per dag, och det finns många olika uppgifter som behöver rymmas inom dessa timmar. T.ex. mottagningsarbete med patientbesök men även telefontider, administrativa tider, möten, tid att läsa på patienter samt utbildning. Därtill kommer det faktum att det är svårt att veta och planera för hur mycket tid varje patient kommer ta i anspråk, dvs hur många besök som kommer behövas.

Kategorin att skapa struktur i en ostrukturerad arbetssituation handlar om detta, samt om krav kontra kontroll. Att skapa struktur tolkas av författaren som ett sätt att få kontroll över en mångfacetterad och delvis oförutsägbar arbetssituation med multipla faktorer att ta hänsyn till.

I krav-kontrollmodellen kan kontrollen, eller beslutsutrymmet, ligga nära eller långt ifrån själva arbetsuppgiften. På svenska talar man om ”kontroll i” och ”kontroll över” arbetet. Med ”kontroll i” arbetet menas kontroll över de små sakerna medan ”kontroll över” syftar på övergripande beslut som rör arbetet (9). I intervjuerna lyfts kontrollaspekten fram som kontroll över schemat, över väntelistan samt över möjligheten att själv styra sin dag gällande patientbokningar och när olika moment planeras in. Men man kan också ana att kontroll kan inbegripa en möjlighet att kontrollera sitt eget mående (relaterat till arbetssituationen) utifrån att ha möjligheten att sätta upp en arbetsstruktur som fungerar. Tex att lyckas boka ”rätt patient på rätt tid” och att lyckas lägga en tidbok där man får plats med både patientbesök och administration.

Kontroll kan också delas upp i ”decision authority” och ”skill descretion”. Decision authority handlar om att ha kontroll över de faktiska arbetsuppgifterna. ”Skill descretion” handlar om att själv ha möjlighet att bedöma hur arbetsuppgifterna ska utföras och agera efter det. (20,21) I materialet framkommer flera exempel på decision authority med möjligheter för teammedlemmarna att själva bestämma över schemat (individanpassa, lägga tele-q-tider på mest effektiva sätt, att till viss del få ha egna fokusområden mm). Man kan även se att utrymme finns att bestämma över hur arbetsuppgifterna ska utföras (skill descretion). Exempelvis där gruppen själva, utifrån korta beslutsvägar och daglig kommunikation, kan förändra ett arbetssätt som inte fungerar eller göra mer av något som fungerar bra. Även för den enskilda terapeuten finns det exempel, t.ex. utrymme att bestämma antalet sessioner i en behandling. Dessa torde vara positiva aspekter för den psykosociala arbetsmiljön.

Att utgå från de faktiska förutsättningarna, En omhändertagande kultur samt Ett hållbart arbetssätt.

Det finns upplevelser om en hög arbetsbelastning inom teamet under den period som förändringsarbetet pågått. Det finns också flera rapporterade temporära utmaningar med att påbörja nya sätt att arbeta. Men den övergripande bilden är ändå att arbetsbördan på det stora hela är hanterbar.

Det finns flera faktorer i arbetssättet som skulle kunna påverka denna, trots allt, övergripande positiva bild. Dels fokus på att varje individ är uppmärksam på det egna måendet och en acceptans för att justera arbetsbördan därefter. Dagliga möten med möjlighet att reglera arbetsbördan inom gruppen samt möjlighet för internt stöd. Det faktum att arbetet i så stor utsträckning utgått från gruppen själv och de behov gruppen sett men också de förutsättningar som funnits skulle kunna bidra i form av upplevd känsla av kontroll över arbetet.

I intervjuerna framkommer positiva erfarenheter av att ha inflytande över det egna arbetet, och att få vara delaktig i teamarbetet. Det ter sig logiskt om man applicerar krav-kontrollmodellen. Den negativa stress som (höga) krav i arbetet innebär minskar enligt modellen om arbetstagare själva har upplevelsen av kontroll över det sätt på vilket arbetet utförs (9,20,21).

Såsom nämns i introduktionen har man sett en ökning av sjukskrivningar bland psykologer vilket kopplas till stress och arbetslivsfaktorer (8). Vidare konstateras bland annat att en arbetstagare med höga krav och låg påverkansmöjlighet ofta försöker anpassa krav och resurser på ett osunt sätt. Teammedlemmarna har dock beskrivit flera aspekter på hög påverkansmöjlighet vilket skulle verka skyddande för att utveckla arbetslivsorsakad stress och ohälsa. Se ovan. I en litteraturöversikt om kopplingen mellan symptom på depression /utmattningssyndrom och arbetsmiljön, som genomfördes av SBU 2014 kan man läsa att: "I vissa arbetsmiljöer har människor mindre besvär. Personer som upplever goda möjligheter till kontroll i det egna arbetet och de som upplever att de behandlas rättvist utvecklar mindre symtom på depression och utmattningssyndrom än andra." (22). Deltagarna har berättat om en känsla av ökad kontroll, men däremot framkommer inte temat rättvisa i någon av intervjuerna. Man kan dock fundera över om det ändå finns en känsla av rättvisa mellan medlemmarna då det framkommer en generell acceptans och uppskattning för vars och ens individuella kompetens och intresseområden, samt möjlighet för alla att styra arbetet i viss grad mot dessa intressen.

En av flera anledningar till att studien gjordes var att det finns ett uppenbart behov av förändring av arbetssättet för att primärvården ska kunna hantera det ökande patientantalet med psykisk ohälsa. Det kan vara utmanande att ändra på invanda mönster och när man gör en förändring behöver man hitta ett hållbart arbetssätt som går att upprätthålla över tid. Om

det fungerar att lägga mindre tid på majoriteten av patienterna frigör det resurser vilket kan minska stress över en för lång väntelista. Det skulle kunna påverka arbetsrelaterad stress i en positiv bemärkelse. Det finns indikationer på att det fungerar väl med kortare terapeutiska insatser än vad som tidigare varit standard, men det behövs fler studier samt längre uppföljning (10,11). Det finns också indikationer på att personal trivs med ett sådant arbetssätt men även här behövs mer forskning (11).

Det vore också intressant att närmare undersöka det etiska dilemma att ge mer till färre patienter eller ge mycket till få. De aspekter av etisk stress som framkom var kopplat till att prioritera mellan de som väntat länge och de som ringt nyligen. Att kunna minska på väntelistan och uppleva kontroll över patientsituationen beskrevs minska stressen. Det faktum att man nu kunde ge lite till alla kontra mycket till några få nämndes som en positiv skillnad. Man kan ana att den etiska stressen grundar sig i en känsla av otillräcklighet, att inte räckta till för de behov som patienterna presenterar. Att undersöka hur denna upplevelse ter sig hos ett team som arbetat länge med snabbare bedömningar och kortare behandlingar, kanske helt utan väntelista, vore intressant.

.

Att pröva sig fram

Flexibilitet återkommer i materialet som en positiv faktor. Bland annat nämns det kopplat till mindre stress och ökad effektivitet. Kopplingen mellan flexibilitet och minskad stress skulle kunna vara att ökad flexibilitet ökar möjligheten att uppleva kontroll över sin tid. Denna teori stärks i tidigare studier. Bland annat i en studie från 2011 där man försökte förstå effekterna på hälsa samt bakomliggande faktorer vid införandet av ett sätt att organisera arbetet förkortat ROWE – Results Only Work Environment. Kortfattat innebär det att arbetsgivaren fokuserar på resultatet av de anställdas arbetsinsats i stället för antalet arbetade timmar. Detta ger de anställda en högre möjlighet till flexibilitet i arbetet samt större kontroll över schemat. I studien sågs positiva utfall för vissa preventiva hälsobeteenden såsom att deltagare sov längre per natt samt tränade mer. Effekterna bedömdes bero helt eller delvis på ökad kontroll över schemat samt minskad konflikt mellan tid som lades på arbetet relaterat till i hemmet/med familjen (23).

Styrkor och svagheter

Projektet kan ha betydelse för förståelsen för vilka faktorer som skapar ett hållbart arbetssätt för liknande team inom primärvården. Det skulle också kunna vara intressant kunskap för andra teamkonstellationer, mellanchefer för sådana m.fl. Då forskning saknas på området kan projektet bidra till att börja fylla denna lucka. Begränsningar är bl.a. att de förändringar som införs specifikt på VC Bagaregatan inte är identiska med någon annan vårdcentral eftersom det inte finns några nationella riktlinjer eller styrdokument. Detta kan göra resultatet svårt att applicera på andra vårdcentraler. Dock framkommer flera aspekter som ter sig generellt applicerbara på processer som innebär förändringar i arbetssätt, oavsett vad förändringen är. T.ex. att chefen har förförståelse för vad arbetet innehåller, att man har möjlighet att arbeta med korta beslutsvägar och vid behov ta snabba beslut utifrån en kontinuerlig utvärdering.

En svaghet med arbetet är att intervjuaren är ovan med metoden. En ytterligare svaghet är att intervjuaren redan känner intervjupersonerna som kollegor, och som representant i arbetsgruppens samt att projektet utförts på den egna arbetsplatsen. Detta kan vara en fördel om det gör det enkelt att prata fritt utifrån att den som blir intervjuad redan har en relation med intervjuaren. Men det kan även ha medfört att intervjupersonerna inte vågat vara helt öppna. Antingen för att intervjuarens inställning till förändringarna är känd för dem som intervjuas eller av rädsla för att säga något som skulle kunna ses om ofördelaktigt, vilket skulle kunna spridas till chefer och andra berörda. Det kan även göra det svårt för intervjuaren att vara neutral under intervjuerna samt påverka förmågan att vara öppen inför materialet vid analys, då det finns en viss förförståelse.

För att öka förutsättningarna för neutralitet samt öppenhet informerades intervjupersonerna inför varje intervju om att ingen annan än intervjuaren skulle ha tillgång till intervjuer eller material, att alla citat skulle anonymiseras samt att möjlighet fanns att läsa igenom intervjumaterialet och exkludera eventuellt känsliga delar. De informerades också om att intervjuaren var medveten om förutsättningarna och i sin roll medvetet skulle förhålla sig neutral till det som sades. Samt att intervjuaren skulle arbeta för att få fram så mycket som möjligt av intervjupersonernas tankar, åsikter och erfarenheter. Eftersom det var det relevanta för arbetet, inte om intervjuaren eventuellt hade en åsikt, eller vad den skulle vara.

En svårighet med arbetet har varit att kvantifiera resultatet utifrån att det bara finns fyra deltagare. I en större studie är det mer sannolikt att ett tydligare, och mindre spretigt, resultat skulle presentera sig. Dock är detta en kvalitativ studie där man inte primärt kvantifierar resultatet. Alla kommentarer har därför tillskrivits lika stort värde. I slutsatsen presenteras de områden som framstått tydligast i intervjuerna. Arbetet har varit en läroprocess för författaren och det har funnits en medvetenhet om ovanstående.

Slutsats

Det förändrade arbetssätt ledde till att gruppen fungerade mer som ett sammanhållet team, vilket upplevdes positivt. Teamarbetet fungerade stöttande. Bland annat genom att man i större utsträckning delade på ansvaret för patienterna. Men också eftersom det existerade flexibilitet samt lyhördhet inom gruppen. Man tog även till viss del avstamp i gruppens, och de enskilda medlemmarnas, specifika förutsättningar och önskemål. Detta bäddade sammantaget för en acceptans för att kunna öka eller minska arbetsbelastningen över tid, utifrån personliga förutsättningar, samt för att snabbt kunna modifiera gruppens arbetssätt. Ovanstående upplevdes effektivisera förändringsarbetet och verkade positivt för arbetsmiljön.

Att gruppchefen hade en terapeutisk utbildning liksom resten av teamet var en välkommen förändring utifrån förförståelse för arbetet samt förtroende för medarbetarna. Att teamet upplevde ett tydligt förtroende och ett mandat att styra arbetet utifrån ett gemensamt mål framhölls också som mycket viktigt.

Referenser

1. Borg N. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. :26.
2. Statistik psykisk hälsa — Folkhälsomyndigheten [Internet]. [citerad 05 november 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>
3. Primärvårdens roll för psykisk hälsa [Internet]. Uppdrag Psykisk Hälsa. [citerad 05 november 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/2017-12-4.pdf> [Internet]. [citerad 02 december 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4.pdf>
4. 2017-12-4.pdf [Internet]. [citerad 02 december 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4.pdf>
5. Åsbring N, Ohrling statistiker; båda C för epidemiologi och samhällsmedicin Mikael, sjukvårds-direktör, Dalman specialistläkare internmedicin och allmänmedicin C, docent, chef, m.fl. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa [Internet]. [citerad 03 december 2019]. Tillgänglig vid: <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2014/10/Var-femte-som-besokte-varldcentral-fick-hjalp-mot-psykisk-ohalsa/>
6. Utbildning: Arbetssätt för psykisk hälsa i primärvården [Internet]. Uppdrag Psykisk Hälsa. [citerad 03 december 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/utbildning-arbetssatt-for-psykisk-halsa-i-primarvarden/integrerad-beteendehalsa.pdf> [Internet]. [citerad 03 december 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/a-foreningarnatverk/natverk/primarvardsnatverket/antologin/kap3/integrerad-beteendehalsa.pdf>
7. integrerad-beteendehalsa.pdf [Internet]. [citerad 03 december 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/a-foreningarnatverk/natverk/primarvardsnatverket/antologin/kap3/integrerad-beteendehalsa.pdf>
8. Så möter du utmaningarna i din arbetsmiljö [Internet]. [citerad 30 januari 2020]. Tillgänglig vid: <https://www.psykologforbundet.se/foreningar-och-natverk/natverk/Natverk-for-primarvardspsykologer/antologi/sa-moter-du-utmaningarna-i-din-arbetsmiljo/>
9. Temablad om sömn & stress - Stressforskningsinstitutet [Internet]. [citerad 30 januari 2020]. Tillgänglig vid: <https://www.stressforskning.su.se/om-oss/allm%C3%A4nt-om-stress-s%C3%B6mn/temablad-om-s%C3%B6mn-stress>
10. Klinisk fokuserad beteendeanalys vid lindrigt ångestsyndrom hos vuxna [Internet]. [citerad 15 november 2019]. Tillgänglig vid: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/klinisk-fokuserad-beteendeanalys-vid-lindrigt-angestsyndrom-hos-vuxna/>
11. Hunter CL, Funderburk JS, Polaha J, Bauman D, Goodie JL, Hunter CM. Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model Research: Current State of the Science and a Call to Action. J Clin Psychol Med Settings. 01 juni 2018;25(2):127–56.
12. Song H, Ryan M, Tendulkar S, Fisher J, Martin J, Peters AS, m.fl. Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: A mixed methods study. Health Care Management Review. 2017;42(1):28–41.
13. Beaulieu M-D, Haggerty J, Tousignant P, Barnsley J, Hogg W, Geneau R, m.fl. Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. CMAJ. 03 september 2013;185(12):E590–6.
14. Quinn Patton M. Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice. 4:e uppl.
15. Egidius H. Psykologilexikon. Stockholm: Natur och kultur; 2008.
16. Physicians' role in the management and leadership of health care [Internet]. Mynewsdesk. [citerad 30 januari 2020]. Tillgänglig vid: http://www.mynewsdesk.com/se/sveriges_lakarforbund/documents/physicians-role-in-the-management-and-leadership-of-health-care-67706
17. Scanlan LM, Devine SG, Watkins DL. Job satisfaction of mental healthcare

- workers in multidisciplinary teams. *Journal of Mental Health*. 26 juli 2019;1–8.
18. Greer LL, Schouten ME, de Jong BA, Dannals JE. Why and When Hierarchy Impacts Team Effectiveness: A Meta-Analytic Integration. :24.
19. Supplemental Material for Trust and Team Performance: A Meta-Analysis of Main Effects, Moderators, and Covariates. *Journal of Applied Psychology*. 2016;apl0000110.supp.
20. TheJDCSModel-WhereAreWeNow.TKMIJResearchinManagement2016.pdf.
21. Van der Doef M, Maes S. The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*. april 1999;13(2):87–114.
22. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
23. Moen P, Kelly EL, Tranby E, Huang Q. Changing Work, Changing Health: Can Real Work-Time Flexibility Promote Health Behaviors and Well-Being? *J Health Soc Behav*. december 2011;52(4):404–29.

INTERVJUFRÅGOR

HUR UPPLEVER DU DIN VARDAG PÅ JOBBET?

Hur skulle du beskriva att vardagen förändrats efter de förändringar ni gjort under hösten?
(Försök få fram för- och nackdelar.)

VILKA FARHÅGOR OCH FÖRHOPPNINGAR HADE DU OM VAD FÖRÄNDRINGARNA SKULLE LEDA TILL FÖR RESULTAT?

Hur har det blivit för Dig? Alt. Vilken är Din upplevelse nu?

HUR UPPLEVER DU DIN ARBETSBELASTNING NU JÄMFÖRT MED TIDIGARE?

Vad kopplar Du ihop den förändringen med? (Om det finns en förändring.)

Upplever Du att graden av variation i arbetet har förändrats? Hur påverkar det dig?

Upplever Du någon skillnad när det gäller hur strukturerat arbetet är nu jämfört med tidigare? Hur påverkar det dig?

KAN DU GE EXEMPEL PÅ ÅTERKOPPLING DU/NI FÅR FRÅN PATIENTERNA JÄMFÖRT MED TIDIGARE?

KAN DU GE EXEMPEL PÅ ÅTERKOPPLING DU/NI FÅR FRÅN RESTEN AV VÅRDCENTRALEN JÄMFÖRT MED TIDIGARE?

VILKA TANKAR HAR DU NÄR DET GÄLLER ARBETSSÄTTET FRAMÖVER?

Vad krävs för att ni ska kunna fortsätta arbeta på det här sättet?

Vilka faktorer stärker er i att kunna fortsätta arbeta på det här sättet?

Vilka hot och risker finns det?