

ISM-rapport 18

Patientcentrerat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården

Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik

Fredrik Bååthe
Gunnar Ahlborg jr
Åsa Lindgren
Lars Erik Norbäck



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
HÄLSAN OCH STRESSMEDICIN

Patientcentrerat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården

Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik

Fredrik Bååthe^{1,2,3}
Gunnar Ahlborg jr^{1,2}
Åsa Lindgren¹
Lars Erik Norbäck⁴

¹ Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

² Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen

³ Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen

⁴ Handelshögskolan, Göteborgs Universitet

Om rapportserien

ISM-rapport är en vetenskaplig rapportserie från Institutet för stressmedicin som utkommer oregelbundet. I rapportserien presenteras kunskapssammanställningar och forskning som ISM varit involverad i, men också relevant forskning som bedrivits av våra samverkanspartners inom områdena stress, organisation och ledarskap, medarbetarskap, arbetsmiljö och hälsa. För innehållet ansvarar författarna.

(Institutet ger även ut en publikationsserie under benämningen ISM-häfte.)

Kopior av rapporten för personligt bruk kan hämtas på www.vgregion.se/stressmedicin

Utgivna ISM-rapporter:

1. Skagert K, Dellve L, Eklöf M, Ljung T, Pousette A, Ahlborg G jr. (2004). Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserade förhållningssätt och strategier.
2. Ahlborg G jr, Ljung T, Swan G, Glise K, Jonsdottir I, Hadžibajramović E, Währborg P. (2006) Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län.
Delrapport 1 - enkätundersökning i maj-juni 2004.
3. Hultberg A, Dellve L, Ahlborg G jr. (2006) Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter.
4. Ahlborg G jr, Hadžibajramović E, Hultberg A. (2007) Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland.
Delrapport 2: Tvåårsuppföljning maj-juni 2006.
5. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ahlborg jr G. (2009) Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland.
Delrapport 3: Fyraårsuppföljning maj-juni 2008.
6. Lindegård Andersson A. (2009) Sambandet mellan psykosociala faktorer, upplevd stress och muskulära smärttillstånd - Praktisk handledning för kartläggning och interventioner i arbetslivet
7. Eklöf M, Pousette A, Dellve L, Skagert K, Ahlborg G jr. (2010) Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI). Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg. Slutrapport.
8. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ahlborg jr G. (2010) KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. **Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008.**

9. Hultberg A, Skagert K, Ekblom Johansson P, Ahlberg G (2010) Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser.
10. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Skagert K, Ahlberg G jr. (2011) KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen.
Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008 - 2010.
11. Eklöf M, Ahlberg jr G, Grill C, Grimby-Ekman A, Lindgren E-K, Wikström E. (2011) Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvantitativ och kvalitativ metodik.
12. Stengård J, Berntson E, Dellve L, Härenstam A, Skagert K, Pousette A, Wallin L. (2013) Chefers rörlighet i offentlig sektor.
13. Stengård J, Härenstam A, Ahlberg jr G, Allard K, Bejerot E m fl. (2013) Chefskap, hälsa, effektivitet, förutsättningar i offentlig sektor. Teknisk rapport från CHEFiOS-projektet, Göteborgs universitet.
14. 1: Annika Härenstam och Anders Östebo (red). (2014) Chefskapets förutsättningar och konsekvenser - Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 1.

2: Annika Härenstam och Anders Östebo (red). (2014) Förändringsprocesser och utvärderingar av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 2 (2014)
15. Tina Forsberg Kankkunen, Eva Bejerot, Lisa Björk och Annika Härenstam. (2014) New Public Management i kommunal praktik. En studie om chefers möjlighet att hantera styrning inom verksamheterna Vatten, Gymnasium och Äldreomsorg.
16. Katrin Skagert, Gunnar Ahlberg jr, Caroline Bergman, Lotta Dellve och Annemarie Hultberg. (2015) Hälsofrämjande i praktiken. Lättare sagt än gjort!
17. Ahlberg G jr, Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ottosson E, Björk L, Lindegård Andersson A och Jonsdottir I. (2016) KART-studien - Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. **Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna 2004-2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande analyser.**
18. Bååthe F, Ahlberg jr G, Lindgren Å, Norbäck LE. (2016) Patientcentrerat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården. Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik.

© Författarna och Institutet för stressmedicin

Omslag: Gullers grupp AB

Tryck: Bording AB

ISSN 1652-7089

ISBN 978-91-979247-8-8

Arbetet har finansierats av ett forskningsanslag från Vinnova "Tvärprofessionell verksamhetsutveckling inom vården" (dnr 2009-01730), som en del av forsknings- och utvecklingsprogrammet "Vinnande tjänstearbete".

Vi bejakar fri användning och spridning av denna rapport både i sin helhet och i utvalda delar, så länge som ett korrekt erkännande av upphovsmannarätten görs. Välkomna att citera, skriva ut, förmedla digitalt eller kopiera så länge källan anges. Om egna bearbetningar görs i materialet ska det tydligt framgå vad som är bearbetningar och vad som är originaltext. Materialet får inte användas kommersiellt, dvs. spridas mot ersättning i vinstsyfte.

Rapporten kan laddas ned från ISM:s hemsida:

<http://www.vgregion.se/stressmedicin>

Förord

I rapporten behandlar vi komplexiteten med att utveckla "Ronden" - en av de mest centrala företeelserna på sjukhusens vårdavdelningar. Det är en framgångsberättelse, om än mödosam, och utvecklingsarbetet har inneburit förbättringar för både patienter och medarbetare jämfört med tidigare. Vi hoppas att rapporten kan bidra till att öka förståelsen för den komplexa vardag som vårdpersonal och ledning har att hantera. Samtidigt ställs de inför stora krav på att förbättra verksamheten för att möta en ständigt ökad vårdefterfrågan utan motsvarande resurstillskott.

Vi tackar sjukhusdirektör Ann Stokland för att hon fann oss - och vår forskningsansats - som kompetenta partners i utvecklingsarbetet på Kungälv's sjukhus. Vi tackar utvecklingschef Patrik Alexandersson för allt stöd och för att han inbjöd oss till det seminarium om goda exempel på utvecklingsarbete inom sjukhuset, där vi för första gången fick höra talas om det rondutvecklingsarbete på medicinkliniken som gick under arbetsnamnet Andra Ronden. Tillsammans med personalchefen Åsa Carlén har de tre utgjort en styrgrupp med vilken vi öppet och ärligt kunnat diskutera vårt samarbete. Vi tackar för er öppenhet och engagemang i vårt gemensamma projekt.

Vi står i stor tacksamhetsskuld till många på medicinkliniken. Stort tack till överläkarna Valdemar Ehrling och Lena Olsson som tillsammans med övrig personal på kliniken har gjort ett fantastiskt jobb med att, utan extra resurser och utan konsult hjälp, skapa ett rondsysteem som är till stor glädje för såväl patienterna som medarbetarna, och som när det fungerar som bäst är ett lysande föredöme. Verksamhetsutvecklaren Christina Demming har varit en av de drivande inom utvecklingen av Andra Ronden. Hon har på ett fantastiskt sätt hjälpt oss med dokumentation och information om hur utvecklingsarbetet sett ut, utan några tendenser till förskönande eller utelämnande. Vi tackar för den öppenhet och det förtroende hon visat oss. Stort tack till alla läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sekreterare och chefer som i intervjuer, informella samtal och återkoppling på arbetsmanus berättat öppenhjärtigt om sina upplevelser. Ni har fått oss att ana sjukvårdens vardagskomplexitet.

Vi har utgjort ett tvärprofessionellt lag, både forsknings- och yrkesmässigt. I vår forskargrupp har vi haft glädje av våra olika utbildningsbakgrunder som sjuksköterska, läkare, psykolog, civilingenjör och företagsekonom, med såväl forskar- som chefserfarenhet både inom och utanför vården. Denna bredd har varit nödvändig i vår strävan att försöka förstå den komplexitet som kännetecknar dagens sjukhusvård, i den här rapporten exemplifierad i medicinkliniken på Kungälv's sjukhus. Samtidigt har forskargruppen bidragit till ett inspirerande mångfacetterat lärande utöver det vanliga. Slutligen vill vi tacka professor Lotta Dellve som var med i uppstartsarbetet men var tvungen att lämna forskargruppen för andra åtaganden.

Göteborg juli 2016

Fredrik Bååthe

Gunnar Ahlberg Jr

Åsa Lindgren

Lars Erik Norbäck

Författarpresentation

Fredrik Bååthe Medicine doktor (PhD Medical sciences) vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Med grundutbildning från Industriell ekonomi, tjänstgjort i high-tech industrin med logistik och flödesoptimering. Sedan 2004 inom Västra Götalandsregionen, först som verksamhetschef på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Akutenheten Mölndal och därefter senior projektledare. Fokus på bl.a. vårdkvalitet hos regionens elva akutenheter, samt att klargöra kliniska, tekniska och juridiska aspekter inför nationellt kvalitetsregister för svensk primärvård. Pragmatisk socialpsykologi möter komplexitetsteori i hans doktorsavhandling från 2015 som fördjupar kunskapen om läkares erfarenheter av att engagera sig i vårdens organisatoriska utvecklingsarbete.

Gunnar Ahlborg jr är överläkare och forskare vid Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen samt docent vid Arbets- och miljömedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Forskningen har under 2000-talet inriktats mot organisation, ledarskap, psykosocial arbetsmiljö, stress och hälsa, särskilt inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Åsa Lindgren är legitimerad psykolog och har arbetat som forskningsassistent vid Sahlgrenska Akademin på Göteborgs Universitet inom projektet "Tvärprofessionell verksamhetsutveckling inom vården" och projekt kring lärandeklimat och stress. Hon har även bl. a. arbetat som psykolog inom primärvården, med inriktning mot behandling, tvärprofessionellt samarbete och myndighetssamverkan. Nu avslutar hon sin läkarutbildning och ägnar sig deltid åt politiska uppdrag inom sjukvårds- och samverkansfrågor.

Lars Erik Norbäck är professor emeritus i företagsekonomi vid Handelshögskolan, Göteborgs Universitet, med inriktning mot organisering, förändringsarbete, lärande och ledarskap. Han har bl.a. varit projektledare för två större forsknings- och utvecklingsprojekt inom sjukvården. Det första finns beskrivet i boken "Det komplexa sjukhuset. Att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet". Den här rapporten är en del i det andra projektet "Tvärprofessionell verksamhetsutveckling inom vården".

Bilder

Omslagsbilden är ett fotografi av Birgitta Ahlbergs skulptur ”Ronden”. Vi tackar upphovsrättsinnehavarna, Marianne Lindell och Björn Ahlberg, för deras tillåtelse att använda bilden till omslaget på denna rapport. Skulpturen finns att beskåda på Linköpings Universitetssjukhus dit den inköptes 1975. Fotografiet kommer från Östergötlands Regions konstkiv (fotograf okänd) och vi tackar Atte Öhrnell, Konstansvarig, FM centrum, Region Östergötland för hjälp med detta.

Övriga bilder om rondan som används i rapporten är hämtade från Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS) hemsida. Mer detaljer om enskilda bilder nås via deras hemsida <http://www.medicinhistoriskasyd.se>. Katalogisering och arkivbygge är gjort av Berndt Ehinger, Lund.

Avslutande bild som visar den patientcentrerade och teambaserade rondan är från Kungälv's film tillgänglig på Youtube. <http://www.youtube.com/watch?v=o4uD4stBtZo>

Innehållsförteckning

Om rapportserien	2
Förord	5
Författarpresentation	6
Bilder	7
Innehållsförteckning	8
Sammanfattning	10
DEL I:	12
INLEDNING	12
Ronden i ett patientperspektiv	12
Ronden – vad är det?	13
Syftet med rapporten	13
Läsanvisning.....	14
Vad kan man lära av rapporten?	15
En not om komplexitet	17
DEL II:	19
VAD SKER PÅ EN INTERNMEDICINSK VERKSAMHET	19
Inskrivning	19
Omvårdnad	20
Rondsamtal	21
Diagnostik	21
Undersökningar	21
Behandling.....	22
Samordning	22
Transport	22
Utskrivning	23
Olika personalkategorier som tjänstgör på en medicinklinik	23
Sjuksköterskor och undersköterskor	23
Läkare	23
Medicinska sekreterare	24
Sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och kuratorer	25
Studenter	25
Vad sker på en medicinklinisk vårdavdelning?	25
Kungälv's sjukhus.....	25
Medicinkliniken på Kungälv's sjukhus	26
Patienter	26
Interna beroenden	27
Externa beroenden	28
Personal.....	28
Vårdavdelningarna där Andra Ronden införts	28
Schema.....	29
Läkare	29
Sjuksköterskor och undersköterskor	30
DEL III:	32
FALLBESKRIVNING: ANDRA RONDEN	32

Metod och syfte	33
Andra Ronden – vårdavdelningarnas nya arbetssätt	34
Andra Rondens tillkomst	36
Andra Ronden föddes inte i vakuum	36
Andra Rondens tillkomst sedd i ett läkarperspektiv	39
Andra Rondens tillkomst utifrån sjuk- och undersköterskeperspektiv	45
RUT-gruppens arbete fram till införandet	48
Praktiken efter införandet	50
Patientenkät om Andra Ronden	50
Medarbetarenkät om Andra Ronden	51
Läkare	55
Förändringsförespråkare	55
Förändringskritiker	60
Några övriga läkarröster	63
Att arbeta i team	66
Sjuksköterskor och undersköterskor	67
Andra Ronden ställer ökade krav på samordning	67
Utskrivningar bör kunna göras tidigare under dagen	70
Prioriteringar av patienter för att avdelningsarbetet ska fungera	71
Läkarkompetensen påverkar hur väl Andra Ronden kan fungera	74
Svårigheter att kommunicera med läkarna	75
Övergripande aspekter	77
De två vårdenhetscheferna	78
Klinikledningsmöten	78
RUT-gruppens arbete efter införandet	80
Gemensam reflektion	81
Morgonavstämningen	82
Gemensam rondanteckning	82
Övriga frågor	83
En ny arbetsbeskrivning för Andra Ronden	83
Sammanfattning av arbetet med att införa Andra Ronden	85
DEL IV:	87
ANALYS OCH IMPLIKATIONER	87
Övergripande resonemang	88
Patientcentrering och teambaserad	89
Att förstå vad det innebär att vara en kompetent yrkesutövare	90
Tillbaka till Andra Ronden	100
Etos, patos och logos	100
Andra ordningens lärande	102
Implikationer för att leda den här typen av förändringsprojekt	104
Sammanfattande slutsatser	111
Slutligen	113
Slutligen I	113
Slutligen II	114
Referenser	115
Internt material	118
Bilaga: Intervjuguide	119

Sammanfattning

Medicinkliniken vid Kungälvss sjukhus har sedan slutet av 90-talet haft två vårdavdelningar med vardera 25 vårdplatser. Läkaren gick runt till samtliga patienter, från säng till säng, efter att ha läst på om patienterna i en sedvanlig ”läkarrond”. Därefter satt läkaren ned med sjuksköterskan, och ibland undersköterskan, och gick igenom patienterna. Därefter började arbetet med remisser, utskrivningar och annat avdelningsarbete. Det var svårt med all vidareberapportering, läkare-sjuksköterska-undersköterska och att informera patienterna och svara på alla deras frågor. Det var svårt för undersköterskorna att förmedla till läkaren den information som man hade om patienterna. Sjuksköterskorna deltog sällan i de medicinska diskussionerna. Varje patient handlades minst tre gånger. Det var svårt med patientsekretessen eftersom många av rummen på Kungälvss sjukhus har fyra inneliggande patienter per rum. Patientsäkerheten var beroende av många muntliga rapporteringar. Utskrivningar skedde ofta på eftermiddagarna trots att det fanns patienter på akuten som väntade på plats redan på morgonen. Läkarna och sjuksköterskor satt på varsin expedition och samordningen mellan yrkesgrupperna var inte alltid bra. Dubbeldokumentation förekom ofta.

Missnöjet med rondsystemet var stort och många diskussioner fördes utan att några större förändringar gjordes. På läkarnas utvecklingsdagar 2008 listade man sina frustrationer med avdelningsarbetet. Man försökte omarbota det till positiva utsagor och landade i tre centrala idéer att arbeta vidare med; Göra klart en patient i taget, Förbättra kommunikationen mellan yrkesgrupper och Bättre sekretess för patienterna.

Det första önskemålet handlade om ”varje patient en gång” och då behövde läkare, sjuksköterska och undersköterska samtidigt närvara vid rondsamtalen. Sjuksköterskor och undersköterskor var redan indelade i tre grupperingar och även läkarna behövde då fördelas så det skapades tre vårdteam. Varje team behövde ett specifikt rondrum där man kunde samtala ostört med patienterna. Patientsekretessen skulle då också bli mycket bättre. Varje rondrum blev också en gemensam expedition där läkare och sjuksköterskor kom att sitta tillsammans. Det här krävde ombyggnader.

Man hade också kommit fram till att man nog inte behövde ronda alla patienter varje dag. Därmed krävdes någon ny form av patientprioriterings- och planeringssystem. Man behövde också förändra dokumentationen så att den blev gemensam för läkare och sjuksköterskor. Och man borde kunna skriva ut patienterna tidigare på dagen för att få ett jämnare patientflöde.

En tvärprofessionell utvecklingsgruppering arbetade med att formulera, testa och konkretisera olika aspekter runt dessa tre centrala idéer. Under 2010 hade man definierat ett nytt sätt att ronda som man kallade ”Andra Ronden”. Formellt startade verksamheten det nya sättet att ronda i oktober 2010. I rapporten berättar vi om hur denna förändring genomfördes, och vilka effekter det fått för de olika professionerna. Runt årsskiftet 2011/2012 intervjuade vi läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, chefer och sekreterare om hur de ser på förarbetet och hur de ser på genomförandet samt hur de upplever att arbeta efter principerna i Andra rondan. Vi har återfört preliminära resultat av våra

intervjuer under två utvecklingsdagar där alla medarbetare på kliniken kunnat delta. Vi har stöttat kliniken i arbetet att utforma patient- och medarbetarenkäter. I rapporten redovisar vi resultat från en patientenkät i november 2011 och från en medarbetarenkät i januari 2012. Vi har tagit del av klinikledningsanteckningar, mötesanteckningar och arbetsmaterial från den tvärprofessionella grupp som fick ansvaret att införa det nya rondsystemet, ekonomiska och statistiska rapporter, samt mötesanteckningar från den lokala samverkansgruppen. Via den tvärprofessionella rondutvecklingsgruppens anteckningar och genom samtal med klinikens verksamhetsutvecklare har vi i stora drag följt vad som hänt fram till hösten 2013. Medicinklinikens förändringsarbete har genomförts utan extra resurser och utan konsultstöd i en tid av ökande patienttillströmning, överbeläggningar och tidvis bristande läkarbemanning.

Vi rapporterar om synpunkter från både motståndare och förespråkare och vad det är som avskräcker respektive tilltalar i förändringen. Vi berättar om vilka områden som har varit svårast att genomföra. Vi har ett extra fokus på läkarnas erfarenheter genom att det finns en medicinsk över- och underordning mellan läkare och sjuksköterskor som ofta spiller över på arbetsorganisatoriska frågor. Organisatoriska frågor tillhör inte det som läkarna vanligtvis lägger sin tid eller energi på om det inte har direkt klinisk relevans. Det gör att det blir svårt för sjuksköterskorna, som svarar för den operativa samordningen, att kommunicera med läkarna om behoven av att alla följer de nya arbetsrutinerna och arbetsbeskrivningarna. Det blir även svårt för en del läkare att ta till sig det patientcentrerade och teamorienterade arbetssätt som det nya rondsystemet har som ideal, eftersom läkarnas utbildning och praktik huvudsakligen är inriktat på den bio-medicinska kompetensen.

Forskning om olika (professionella) yrkesgrupper har visat att det finns skilda sätt att förstå vad det innebär att vara en kvalificerad yrkesutövare och att det också kan vara ytterligt besvärligt att byta förståelse eftersom det handlar om att ändra på mångåriga och djupt inarbetade professionella identiteter. Det blir extra tydligt i den här typen av förändringar varför chefskap/ledarskap inom sjukvården är besvärligt, vilket vi under den analytiska delen av rapporten försöker förklara. Vi avslutar med några idéer och konkreta exempel som kan underlätta utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården, både för chefer och för medarbetare.

DEL I:

INLEDNING

Ronden i ett patientperspektiv

Författaren Göran Tunström beskriver i en intervju i Läkartidningen (1997, nr 41, s 3579) hur han som patient upplevde rondens:

*”- För mig är rondens det vidrigaste av allting. Det känns som en förödmjukelse och förolämpning mot patienten att utsättas för detta, för man ligger ju där – i hopp om att få kommunicera med läkare. Man vill få besked om hur det är. Men hur går det till? Ronden kommer in. ”Jaha hur var det här då?”, säger läkaren. Man svarar konventionellt. Han tittar ner i pappren. Sedan kommunicerar sköterskorna och doktorn med varandra. De står mitt framför en, där man ligger. Men deras samtal förs på ett kodat språk och utan att det görs några anteckningar. Sedan sveper de ut.
- Jag talar om de förväntningar som en rond trots allt innebär för en patienten. Men vad får patienten för utbyte? I allmänhet inte någonting, utan bara en väldig besvikelse som ger en oerhörd trötthet och ledsnad. Göran Tunström tillägger att rondens skulle kunna avskaffas. Under alla omständigheter behöver den organiseras på ett annat sätt än den traditionella...”*

En undersköterska som vi intervjuade ett drygt år efter det att man infört Andra Ronden på kliniken, dvs. efter det att man organiserat rondens ”på ett annat sätt än den traditionella”, berättade följande om en erfaren läkare som nu var patient.

*”Vi hade en gammal kirurgläkare som patient. En riktigt fin gammal doktor uti fingerspetsarna. Och jag gick och hämtade honom för vi skulle ha rond och så sa jag han fick han följa med in på vår expedition och så har vi läkarsamtalet därinne. Och han tittade på mig och – jaha vad är detta för något? Och han följde med in. Och när jag frågade honom när han var tillbaka, var han rätt **lyrisk över vilket fantastiskt sätt att jobba**. Så han tyckte det var **riktigt bra**. Och han har ju erfarenhet av hur det är att runda.” (Usk¹ nr 23 s 18)*

Nu undrar kanske en och annan läsare: ”Det verkar ju ganska enkelt, eller hur? I det första fallet besöker läkaren, samt eventuellt även annan personal, patienten vid dennes säng. I det andra fallet besöker patienten läkaren och annan vårdpersonal på deras expedition. Kan en sådan enkel förändring verkligen vara något att skriva en rapport om???”

Ja, definitivt! Denna på ytan skenbart enkla förändring rymmer en inneboende komplexitet som på djupet förändrar innebörden i begreppet rond, både för patienter och för medarbetare. Förändringen får omfattande arbetsorganisatoriska effekter och utmanar etablerade yrkesroller. Vi berättar om det mödosamma arbetet att få till stånd förändringen. En erfaren läkare (nr 4 s 15) uttalar sig på följande sätt om förändringen:

¹ De inspelade intervjuerna har skrivits ut och numrerats. Sidhänvisningarna hänför sig till utskrifterna (som inte är offentliga). De förkortningar vi använder är Usk = undersköterska, Ssk = sjuksköterska, ÖL = överläkare, ST = läkare under specialistutbildning, AT = läkare under allmäntjänstgöring.

”På sjukhuset där jag var tidigare så startade vi ju MAVA och det var en förändring. Men under alla de år jag arbetat här så är Andra Ronden den största förändringen. Det som ändå påverkat vårt (läkarnas) arbetssätt mest.”

Ronden – vad är det?

Sjukhusronden är ett begrepp som de flesta människor känner igen, även om de själva inte deltagit i en rond. Redan 1798 ålades sjukhusläkare att regelbundet gå rond hos sina patienter (Läkartidningen, 1989, s 1451). Den har gestaltats på film, tv och i böcker. Men få, utöver de som arbetar inom vården, vet särskilt mycket om vad som menas med rond, kanske inte ens patienterna. I Nationalencyklopedin (2012-11-29) finns följande definition:

“rond [rɔnd] (fr. ronde 'rundvandring', av rond 'rund', av likabetydande lat. rotundus, av ro'ta 'hjul'), rundvandring, benämning på en arbetsform som sedan länge använts på vårdavdelningar på sjukhusen. Den traditionella ronden består i att läkare, sjuksköterskor och annan personal söker upp patienterna på en avdelning. Ronden ger läkaren möjlighet att fortlöpande bedöma patientens tillstånd och följa effekten av behandlingen. Vid ronden utfärdas ordinationer om behandlingen. Ju mer akuta problem som finns inom en medicinsk specialitet, desto oftare går rond. På en stor del av vårdavdelningarna sker detta två gånger per dygn. Vid s.k. sittronder deltar endast personal och ibland patienten, och man diskuterar olika frågor av vikt för optimalt omhändertagande av patienten. Härvid deltar förutom läkare och sköterskor ofta kurator, sjukgymnast, dietist, psykolog osv. beroende på vilken klinik och vilken sjukdomsgrupp det rör sig om. Vid speciella ronder demonstreras undersökningsresultat som utförts på klinikens patienter, varvid man får beslutsunderlag för behandling, t.ex. röntgenrond. Rond är också benämning på den arbetsform där läkare från olika medicinska specialiteter sammanträder om hur en sjukdomsutredning eller sjukdomsbehandling skall läggas upp.”

Nationalencyklopedin ger exempel på flera typer av rond. Den typ som tidigare fanns på vår medicinklinik benämner Nationalencyklopedin ”traditionell rond”. Läkarna och ibland även annan vårdpersonal går runt till patienten som ligger nedbäddad i en säng, iklädd sjukhuskläder på en allmän sal. Vi beskriver hur man istället börjat arbeta efter en modell där man låter patienten förflytta sig, med eller utan hjälp, till ett speciellt rum där överläkare, underläkare, sjuksköterska och undersköterska är på plats, för att ta del av patientens berättelse och gemensamt planera för patientens fortsatta vård. På den aktuella kliniken kallades detta nya sätt att ronda under utvecklingstiden för Andra Ronden, ett begrepp som vi också använder när vi syftar på medicinklinikens egenutvecklade rondmodell.

Syftet med rapporten

Syftet är att erbjuda en detaljrik beskrivning av hur ett inifrån kommande större förändringsarbete inom svensk sjukvård kan gå till och hur olika dimensioner och

relationer påverkas när man arbetar med att förändra något så grundläggande som ”ronden”. Vi vill bidra till att öka kunskapen hos den stora grupp ”vårdintresserade” (konsulter, politiker, administratörer, forskare och andra som inte har praktisk erfarenhet av vården men ändå ägnar energi och tid åt vårdens utformning) genom att åskådliggöra hur en svensk medicinklinik kan se ut, vad det är som sker på en sådan kliniks avdelningar och utmaningarna med att genomföra arbetsorganisatoriska förändringar. Vi hoppas också att rapporten kan ge dem som arbetar i vården en ökad teoretisk förståelse av varför förändringsarbete ibland kan upplevas som tungt och besvärligt. Vi försöker således belysa komplexiteten i svensk hälso- och sjukvård utifrån ett praktisknära perspektiv.

Inom ramen för samarbetet med Kungälvss sjukhus har vi tagit del av hur patienter, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på medicinkliniken upplever förändringen från att tidigare ha arbetat med en ”traditionell rond”, till att nu arbeta med en mer ”patientcentrerad rond” liksom hur medarbetare även upplevt själva förändringsarbetet.

Förändringsarbetet grundas i de behov som erfarna läkare har sett i sin vardag. De kan möjligen ha varit påverkade av en pågående diskussion inom västerländsk sjukvård om patientcentrerad eller personcentrerad vård. Men det har inte framförts som viktiga skäl. För den intresserade hänvisar vi till Leplege m.fl. (2007), Ekman m.fl. (2011) och GPCC (Göteborgs universitet Centrum för personcentrerad vård)

Som forskare har vi en pragmatisk inriktning. Vi strävar efter att förstå och förmedla hur ny kunskap kan komma till nytta och användas för att förbättra vården. Kunskap omsatt i handling är idealet. Det perspektiv vi företräder kan kallas Medical management. Det finns ett ansvar för ledningspersoner att ta till sig kunskap om hur vården och dess professioner fungerar. Chefer har makt utifrån sin position och om de kontinuerligt utvecklar sin förståelse av sig själva och av arbetsplatsen kan det påverka hur man väljer att agera för att skapa en bättre fungerande vård.

Läsanvisning

I del II beskriver vi vad en internmedicinsk verksamhet är och vad man gör. Vi använder begreppet medicinklinik när vi berättar om den internmedicinska verksamheten på Kungälvss sjukhus. Del II kan hoppas över av dem som ”kan” sjukvård. För övriga är det en möjlighet att förstå den miljö och de grundläggande verksamhetsförutsättningarna för det förändringsarbete som beskrivs i del III.

Del III är en fallbeskrivning av Andra Ronden, både dess tillkomst och dess praktik som den såg ut ett drygt år efter det formella införandet. Vi speglar läkarnas och sjuksköterskornas perspektiv, via intervjuer och genom att belysa resultat av medarbetarenkäter. Här framgår hur relationerna mellan yrkesgrupperna utvecklas. Hur yrkesroller långsamt och successivt utmanas och förändras när en patient- och teamcentrerad vårdfilosofi vinner mark. Patienterna framstår som de stora vinnarna. Här framgår också hur lång tid och hur mycket vardagsförbättringsarbete som en sådan här ”organisationskulturförändring” kräver innan den kan anses vara ”implementerad”. Beskrivningen är ibland konkret och detaljerad för att ge läsaren en känsla av vardagens

förändringströghet och den uthållighet som behövs. Ibland är beskrivningen övergripande och abstrakt. Vi hoppas att beskrivningsnivåerna tillsammans kan ge en bild av såväl praktikens komplexitet som en teoretisk förståelse. Man behöver teori för att förstå praktiker och man behöver praktik för att värdera teorier.

I del IV, Analys och Implikationer, får läsaren bekanta sig med några av de teorier vi använder för att förstå praktiken. Vi redovisar några kvalitativa/fenomenografiska studier om hur man inom en yrkesgrupp kan förstå sin yrkespraktik på fundamentalt skilda sätt. Vi använder resultaten för att förklara varför Andra Ronden är så svår att genomföra. Teorierna hjälper oss att klargöra hur förändringsförespråkare bör agera för att underlätta det lärande som är nödvändigt för att få till den här typen av förändringar. Särskilt om det finns starka krafter som vill bevara status quo. Vi använder oss bl.a. av begrepp som Kolbs ”erfarenhetsbaserat lärande”, den klassiska retorikens ”etos, patos och logos” och ”andra ordningens lärande”.

Vad kan man lära av rapporten?

Vi har gjort en fallstudie där vi beskriver och analyserar hur ett nytt rondsysteem växer fram i sitt sammanhang. Vi försöker belysa alla de aspekter som kan tänkas påverka skeendet – utifrån vår samlade teoretiska och praktiska förförståelse. Fallstudier tenderar att bli mångordiga och detaljrika. Samtidigt kan de bidra till en särskild typ av kunskap som är svår att utveckla med hjälp av andra slags studier.

För att beskriva det tar vi hjälp av Gustavsson (2000). Han tar Aristoteles uppdelning i tre kunskapsformer som utgångspunkt. Aristoteles skiljde mellan *episteme*, *techne* och *fronesis*. Gustavssons moderna benämning på dem är teoretisk-vetenskaplig kunskap, praktisk-produktiv kunskap och kunskap som praktisk klokhet.

Episteme handlar om hur världen är konstruerad, hur den fungerar och hur den kan förstås. I forskarvärlden finns olika föreställningar om världen och hur vi kan förstå den. I en naturvetenskaplig kunskapssyn är kunskapen oberoende av individen då man kan separera subjekt – den som ska lära – från objekt – det som ska läras. Det handlar om empiriskt prövbar kunskap som kan formuleras i lagbundenheter och samband mellan orsak och verkan. Kunskapen betraktas som universell och kontextoberoende.

En liknande kunskapssyn finns inom många samhällsvetenskapliga discipliner. Inom nationalekonomin talar man exempelvis ofta om *ceteris paribus*. Det betyder ”allt annat lika” och innebär att man bortser från det man bedömer som mindre relevanta faktorer. Man gör det för att man vill generalisera, dvs. formulera hypoteser i form av modeller och teorier om orsak-verkansamband som förmodas gälla utöver den kontext man studerat.

I andra discipliner utgår man från att världen är socialt konstruerad. Kunskapen är beroende av de begrepp vi använder och av det sammanhang i vilket kunskapen används. Det gör skillnad om vi kallar något för girighet eller vinstmaximering. Om många delar samma förståelse, referensramar och språkbruk kan de subjektiva föreställningarna få en objektiviserad status, som om kunskapen var sann.

Vi kan förstå att man kan lära sig episteme i form av modeller, teorier, förståelse- och förklaringsformer oavsett om de är ”avbildningar” av en objektiv verklighet eller om de är ”begreppsbildningar” för en socialt konstruerad verklighet.

Techne handlar om hur världen kan manipuleras. Utifrån den teoretiska-vetenskapliga kunskapen kan man utveckla metoder och tekniker för att påverka världen. Sådan kunskap värderas ofta. I biomedicinska termer frågar man sig om det går att rädda liv med en ny metod? I ekonomiska termer frågar man sig om det går det att spara/tjäna pengar på den? Tekniker och metoder kan objektiveras, läras in och tillämpas. Det gäller inte bara ”know-what” utan även ”know-how”. I praxis på skolor och högskolor lär man sig först kontextoberoende metoder och tekniker som sedan ska tillämpas i skilda sammanhang. Den biomedicinskt orienterade läkarutbildningen följer den mallen. Det gäller även intellektuella färdigheter. Först måste man förstå hur en analysmodell är uppbyggd (till exempel korrelationsanalys). Därefter kan man lära sig tillämpa den.

I avsnitt IV Analys och Implikationer framgår att teoribaserat lärande (episteme) har varit av begränsad nytta för rondutvecklingsarbetet, samtidigt som viss metodträning, t.ex. i samtalsteknik (techne), skulle ha varit nyttigt för de som leder patientsamtalen i det nya rondsystemet.

Episteme (epistemologi, kunskapsteori) och *techne* (teknik, teknologi) har begreppsmässigt levt kvar till våra dagar. Det vittnar om en stark tro på att satsning på vetenskap och teknik (inklusive medicin) kan lösa våra moderna välfärdsproblem. Naturvetenskapliga och tekniska modeller överförs ofta på fenomen av den typ som vi beskriver i den här rapporten. Kunskap om ledning, styrning, samarbete, organisering och förändring borde då, enligt *episteme* och *techne*, kunna kategoriseras, objektiveras, inläras och tillämpas. Men det är svårt att utveckla patientcentrering och teambaserad på detta sätt.

Fronesis är kunskap av ett annat slag. Tyvärr har begreppet försvunnit ur vårt allmänna språkbruk. Det handlar inte om hur sjukhus och kliniker kan ledas genom enkla och universella recept. *Fronesis* handlar heller inte om vilka metoder och tekniker som chefer och förändringsförespråkare bör behärska. I stället handlar *fronesis* om en form av praktisk klokhet och vishet. Den kan möjligen studeras genom att försöka förstå hur människor som leder förändringar faktiskt gör i sitt sammanhang. Tvärtemot det principiella gäller det att förstå den unika situationen och hur praxis fungerar just där. Ofta handlar det även om hur man förstår sig själv, sin yrkesroll och sin position. Det gäller att förstå hur exempelvis förändringsförespråkare och -motståndare använder sina erfarenheter, sitt omdöme, sina värderingar, sina kunskaper och andra förmågor för att tolka situationens krav och för att handla och agera klokt. *Fronesis* handlar både om etik och politik, om att vilja göra det rätta och att hitta former för att förverkliga det. *Fronesis* handlar om kunskap om mål, mening och ändamål (vad är rätt att göra?) och om hur man kan påverka och förändra handlingsmönster för att främja det som är rätt. Det inbegriper ofta att man försöker förstå vilka andra relevanta aktörer som finns och hur de i sin tur förstår situationen.

Episteme och techne är de statusmässigt dominerande kunskapsformerna. Fronesis, som har lägst status, utvecklas bäst genom att starta i egna erfarenheter. Vi kallar det för erfarenhetsbaserat lärande. Genom att både reflektera över sina erfarenheter och våga göra nya kan man utveckla fronesis. Kunskap som praktisk klokhet utvecklas bäst tillsammans med andra. Genom att jämföra sina egna erfarenheter med dem som läkare, sjuksköterskor och undersköterskor berättar om i rapporten kan man öka sina möjligheter att utveckla kunskap som praktisk klokhet.

Rapporten lämpar sig därför särskilt väl, både som helhet och i utvalda delar, som underlag för lärande både i formella och informella utbildningar för såväl erfarna som mindre erfarna yrkesutövare i syfte att utveckla patientcentrerad och teambaserad vård.

En not om komplexitet

Vi använder ofta begreppet komplexitet när vi försöker beskriva sjukhusverksamhet. För oss har det en särskild betydelse. Komplexa system kan förstås i relation till komplicerade och enkla system. I enkla system kan man tillämpa en linjär kausalitet och rationalitet. Orsak och verkan hänger ihop. Man kan sätta upp mål för systemet (önskvärda tillstånd) och utforma och planera lämpliga åtgärder för att realisera målen. Detsamma gäller för komplicerade system. Men här måste man ta hänsyn till att systemet har många delsystem som kan påverka varandra. Man måste kanske beakta feedback-loopar och ta hänsyn till samspelet mellan delsystem. Men i princip kan man tänka i linjära orsak-verkansamband.

I komplexa system kan en liten förändring (orsak) ibland få stora effekter, ofta oförutsägbara och överraskande. Kausalitet och rationalitet är icke-linjära och transformativa, eftersom innebörder, mening, kunskap, maktrelationer, strategier, samt individuella och kollektiva identiteter som blir resultatet av ett förändringsinitiativ kan utvecklas i riktningar som man inte önskade eller hade avsett. I expertsamhället tänker vi gärna i linjära termer. Men chefer (och andra) som vill förändra vården kan inte bestämma hur andra kommer att reagera på deras förändringsinitiativ. Den skolbildning vi ansluter oss till kallas för "Complex responsive processes" (Stacey, 2001, 2011). Det är ett perspektiv som betraktar organisationer som metaforiskt bestående av samtalsmönster mellan beroende individer. Lärande kan då förstås som kvalitativa förändringar i samtalsmönstren och små förändringar i mönstren kan eskalera och skapa förvånande och oförutsedda resultat.

En verksamhet kan naturligtvis vara både komplex och komplicerad. Betoningen av det komplexa innebär att förändringsförespråkare bör vara särskilt uppmärksamma på hur deras initiativ tas emot och påverkar andra. Förändringsförespråkarna bör med andra ord betrakta sig själva som (betydelsefulla) deltagare i de samtalsmönster som utvecklas. Sandberg och Targama (1998, 2007) har kallat ett sådant förhållningssätt för "förståelsebaserat ledarskap" och "Managing understanding". De menar att individers förståelse av sitt arbete formar hur de uppfattar vad som är intressant, viktigt och relevant, och därmed också vilken kompetens man vill utveckla och hur man menar att arbetet bör utföras. Beteenden (handlingar) skapas inte genom instruktioner, strukturer

och system utan av hur de förstås. Vill man förändra människors beteenden bör man därför försöka förstå hur de förstår sitt arbete och sin verksamhet. Djupgående förändringar kan då inte planeras på förhand för att sedan implementeras i en linjär ansats. Istället måste förändringsförespråkarna påverka förståelse och lärande genom att dra igång kvalitativa förändringar i samtalsmönstren (både till form och innehåll) och själva vara observanta på hur de utvecklas genom att själva vara aktiva i samtalen.

DEL II:

VAD SKER PÅ EN INTERNMEDICINSK VERKSAMHET



Rond på medicinkliniken 1908. Notera kakelugn och gaslampa.
Bildkälla: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet



Rond på barnsjukhuset troligen från 1910-talet och elektriskt ljus finns indraget.
Bildkälla: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet

Inskrivning

De flesta patienter kommer till vårdavdelningen via sjukhusets akutmottagning. På akutmottagningen tar en läkare anamnes. Det innebär att patienten och/eller medföljande får berätta om mående och symptom. Om patienten kommer in medvetslös med ambulans får ofta anhöriga istället berätta om vad som har hänt. På akutmottagningen gör en läkare en kroppslig undersökning av patienten genom att t ex lyssna på hjärtljud och känna igenom kroppens organ från utsidan. Undersökningar som exempelvis blodprov och röntgen utförs också ofta redan på akutmottagningen. Röntgenundersökningen gör det

möjligt att ”se” olika organ inne i kroppen. Läkaren fattar sedan beslut om sjukdomstillståndet kräver att patienten läggs in på vårdavdelning eller om patienten kan åka hem igen och istället få vård på sin vårdcentral eller via medicinmottagningen. Vid behov görs akuta behandlingsåtgärder redan på akutmottagningen, t ex kan patienten få dropp, hjälp med syresättning av blodet via syrgasmask och akut behandling med läkemedel. Dokumentation av den preliminära bedömningen och beslut om åtgärder läggs in i journalsystemet under/efter besöket på akutmottagningen. I journalanteckningen beskrivs anledningen till en eventuell inläggning, läkarens preliminära bedömning av tillståndet och vilka akuta vårdåtgärder som ordineras. Cirka 30 % av patienterna på akuten skrivs in till en vårdavdelning för vidare utredning och behandling.

Vården sker antingen i slutenvård, d.v.s. ineliggande på vårdavdelning eller i form av öppenvård på mottagningar och dagvårdsenheter. Ibland sker också planerade inläggningar eller övertag från en annan avdelning på sjukhuset.

På vårdavdelningen tas patienten emot av sjuksköterska eller undersköterska. Patienten blir visad till sin säng om hen kan förflytta sig själv, eller förflyttas med hjälp av rullstol eller transportsäng. På vårdavdelningarna finns både flerbäddsrums och enkelrum för de svårast sjuka patienterna. Patienten får ett sängbord för sina personliga saker och ett skåp för sina kläder. Under vårdtiden tillhandahåller sjukhuset kläder till patienten.

Sjuksköterskan har ett ankomstsamtal där den information som behövs för planeringen av omvårdnaden samlas in och patienten får den praktiska information som behövs inför vårdtiden. Sjuksköterskan och undersköterskan utför de omvårdnadsåtgärder som behövs och ser till att patienten också erhåller de eventuella vårdåtgärder som beslutats av den inskrivande läkaren (t ex på akutmottagningen).

Omvårdnad

De flesta patienter som läggs in på en medicinsk vårdavdelning har nedsatt funktionsnivå på grund av sin sjukdom. De behöver därför hjälp med en del vardagliga rutiner under sin vistelse. I omvårdnaden ingår den hjälp patienterna behöver som inte är direkt kopplat till den behandling som ges. Det innebär t ex att vid behov hjälpa patienter med daglig hygien, förflyttningar och måltider. Vissa patienter klarar det mesta själva medan andra patienter är så sjuka att de måste ha hjälp med det mesta, t ex tandborstning, toalettbesök, dusch och att byta ställning eller komma upp ur sin säng. I omvårdnaden ingår att ge dropp och läkemedel, reglera syrgas, lägga om sår, ta prover, genomföra dagliga kontroller av blodtryck, puls, dokumentation, m.m. Sjuksköterskor och undersköterskor hjälper också patienterna att hålla ordning på sina ägodelar, få hjälp med att kontakta sina anhöriga och få hjälp med sysselsättning under dagarna, t ex se på TV. När patienterna skrivs ut ska säng, sängbord och skåp desinficeras och ställas i ordning inför nästa patient. En del av omvårdnaden innebär också att lugna, trösta och informera patienterna om deras tillstånd och om vad behandlingen innebär.

Rondsamtal

Patientens sjukvårdsbehov efter eventuella åtgärder på akutmottagningen bedöms vid ett rondsamtal. Rondsamtalet syftar till att skapa en bild av patienten som person, hur dennes livssituation ser ut och av patientens sjukdomstillstånd. Utifrån den information som framkommer planeras vilka utredningar som ska göras, vilken behandling som ska sättas in och vilken omvårdnad som patienten har behov av. Vid rondsamtalet har patienten möjlighet att ställa frågor, få information om sin sjukdom och delta i planeringen av de åtgärder som ska genomföras under sjukhusvistelsen. Rondsamtal leds av läkare.

Diagnostik

Ofta är orsaken till patientens försämring eller insjuknande inte klarlagt vid inläggningen på vårdavdelning. En del av syftet med den inneliggande vården kan därför vara att förstå orsakerna till patientens nya eller förvärrade symptom och på så vis kunna sätta in rätt behandling. Utifrån den preliminära bedömningen och det första samtalet med patienten skapas olika hypoteser kring orsakerna till försämringen. De potentiella orsakerna utreds med hjälp av olika undersökningar med syfte att förstå och diagnosticera patientens sjukdomstillstånd.

Undersökningar

Olika typer av undersökningar utförs på eller utanför avdelningen för att utreda patientens sjukdomstillstånd. De undersökningar som utförs inom avdelningen ordinerar av läkare och utförs av läkare och/eller sjuksköterska. De undersökningar som utförs utanför avdelningen initieras av läkarna genom att en remiss skickas till den enhet som utför undersökningen. Sjuksköterskorna ansvarar för att undersökningarna utförs och att patienten får eventuell hjälp med transport till och från den enhet där undersökningarna ska genomföras. Exempel på vanliga undersökningar vid inneliggande vård på en medicinklinik är:

- **Provtagning:** Genom att mäta koncentrationen av olika ämnen i blod eller andra kroppsvätskor kan man förstå orsakerna till patientens försämring. Genom provtagning kan man också se om försämringen beror på att patienten har en infektion i ett eller flera organ. Svaren på provtagningarna förs in i journalsystemet av den enhet som utfört analysen. Vissa provsvar skickas tillbaka till avdelningen per post och förs in i journalsystemet. Provtagning ordinerar av läkare, muntligen och genom att de skrivs in i en pärm, och utförs av sjuksköterska eller undersköterska.
- **Vävnadsprov:** Delar av kroppens vävnader kan skickas iväg på analys, antingen med mikroskop eller med hjälp av kemiska metoder, vilket kan ge information om orsaken till patientens besvär.
- **Röntgenundersökningar:** Olika typer av röntgenundersökningar skapar avbildningar av inre organ som kan ge förklaring till patientens symptom. Röntgenbilder bedöms av en röntgenläkare. En genomgång av bilder och eventuella fynd som röntgenläkaren har hittat hos de inneliggande patienterna genomförs vid

en röntgenrond på röntgenkliniken på morgonen. De läkare som arbetar på avdelningen deltar ofta vid röntgenklinikens rond innan de börjar sitt arbetspass på avdelningen.

- **Endoskopiska undersökningar:** Med hjälp av instrument som förs in genom kroppsmynningar kan t.ex. utseendet hos mag- och tarmslemhinnor undersökas. Genom sådana undersökningar kan även vävnadsprov tas och analyseras för att på så vis skapa en förklaring till patientens symptom.
- **Ultraljud:** Med hjälp av ultraljud kan inre organ avbildas i realtid vilket kan skapa kunskap om deras funktion och eventuella sjukdomstillstånd.
- **EKG:** Med hjälp av elektroder som fästs utanpå kroppen avbildas hjärtats aktivitet. Avbildning kan ske vid enstaka tidpunkter. Men ibland är patientens hjärtrytm så påverkad att man vill ha kontinuerlig övervakning vilket görs på en skärm som är kopplad till patienten.

Behandling

Utifrån den bedömning som görs av orsaken till patientens försämring eller sjukdom ges olika typer av behandling. På medicinavdelningarna är läkemedel den vanligaste formen. Läkaren fattar beslut om och förskriver läkemedelsbehandling genom att skriva in ordinationerna i det digitala journalsystemet. Sjuksköterskan får i uppgift att ta fram läkemedlen och se till att patienten får dem vid de tillfällen under dygnet som läkaren har ordinerat. Läkemedlen ges vanligen i tablettform, genom injektion eller kontinuerligt via dropp. Behandling kan vid behov även ges av sjukgymnast.

Samordning

I omvårdnadsuppdraget ingår också att bedöma om patienten inför utskrivning kommer att klara sig själv utifrån den funktionsnivå som hen har efter vårdtillfället. Det innebär att stämma av med anhöriga och eventuellt hemtjänst, hemsjukvård eller boendepersonal ifall patienten har någon form av boende med personalstöd och tillsammans med dessa planera inför utskrivningen så att patienten får det stöd hen behöver.

Transport

Många patienter med behov av ineliggande vård har svårt att röra sig och behöver därför hjälp med transport. Även patienter som kan gå själva behöver hjälp att hitta mellan olika platser. Transport kan behövas mellan akutmottagningen och vårdavdelningen, till och från röntgenundersökning eller andra medicinska undersökningar som inte görs på vårdavdelningen och till hemmet när patienten skrivs ut. Transporter inom sjukhuset utförs antingen av personal från vårdavdelningen eller genom att anlita särskild personal från transportservice. När patienten skrivs ut kan hjälp med transport endera ordnas via anhöriga, eller med färdtjänst. Om patienten är mycket sjuk och behöver flyttas till annat sjukhus kan transport med ambulans också behövas.

Utskrivning

Utskrivningssamtalet genomförs av läkaren, ibland under ett rondsamtal och ibland gör läkaren det på egen hand. Vid utskrivningen får patienten information om eventuella nya läkemedel, eventuella undersökningar som ska utföras efter att patienten har kommit hem och hur uppföljning kommer att gå till. Detta dokumenteras i den sammanfattning (slutanteckning/epikris) av vårdtillfället som läkaren skriver in i journalen. Ibland erbjuds patienten återbesök på klinikens mottagning och ibland sker uppföljning inom primärvården, av hemsjukvården eller på annan enhet. Läkaren skickar en remiss till den läkare som ska genomföra uppföljningen. Om patienten har remitterats till sjukhusets akutmottagning av en läkare på en annan vårdenhets så skickas ett remissvar till denne.

Olika personalkategorier som tjänstgör på en medicinklinik

Sjuksköterskor och undersköterskor

Sjuksköterskor har 3-årig sjuksköterskeutbildning på universitetsnivå med tonvikt på ämnet omvårdnad men de har även kunskaper i ämnen som medicinsk vetenskap, samhälls- och beteendevetenskap. Sjuksköterskornas huvuduppgift på medicinkliniken är att ansvara för patienternas omvårdnad.

Undersköterskor har utbildning i vård och omsorg på gymnasienivå. Arbetet innefattar många av de medicinska och icke-medicinska uppgifter som vi tidigare beskrivit i avsnittet Omvårdnad.

Sjuksköterskor och undersköterskor har i regel sin anställning bunden till en av klinikens vårdenheter, antingen medicinmottagningen, dagvårdsenheten eller någon utav vårdavdelningarna, Arbetsuppgifterna skiljer sig en hel del åt mellan öppenvårdsverksamheterna och vårdavdelningarna (där de flesta arbetar). Varje vårdenhets har en chef som leder och organiserar sjuksköterskornas och undersköterskornas dagliga arbete. Vårdenhetschefen rapporterar till verksamhetschefen som är övergripande ansvarig för kliniken/verksamheten.

Läkare

Läkarna har en 5,5-årig grundutbildning som ger läkarexamen. Därefter 18-21 månaders praktik i form av allmäntjänstgöring (AT) innan de erhåller läkarlegitimation. För att bli specialist krävs ytterligare ca 5 års specialisttjänstgöring (ST). Läkarna på en medicinklinik är antingen specialistläkare, ST-läkare, AT-läkare eller vikarierande underläkare (UL). Överläkarna (ÖL) är färdigutbildade erfarna specialister i internmedicin och kan också ha fördjupat sig inom en så kallad grenspecialitet t.ex. kardiologi, endokrinologi, hematologi, diabetologi och lungsjukdomar. ST- och AT-läkarna kallas underläkare. De gör delar av sin utbildningstjänstgöring på medicinkliniken. Vikarierande underläkare är personer med läkarexamen som ännu inte påbörjat sin AT-tjänstgöring.

Läkarna har sin anställning knuten till kliniken. Till skillnad från sjuksköterskor och undersköterskor är läkarna inte bundna till någon av dess vårdenheter. Läkarna är i huvudsak schemalagda dagtider måndag till fredag, men schemaläggs även för jourtjänstgöring under kvällar, nätter och helger. Att ha jour innebär att man dels tar hand om akuta medicinfall på akutmottagningen, dels handlägger akuta internmedicinska problem hos inneliggande patienter. Till stöd för jourhavande underläkare finns alltid en överläkare i beredskap (s.k. bakjour). Under beredskap kan överläkaren vistas utanför sjukhuset, vanligen i hemmet, om inställelsetiden inte är för lång eller andra arbetsuppgifter skall utföras.

Läkarna utför arbetsuppgifter på klinikkens olika vårdenheter enligt roterande, individuella scheman. De är upplagda utifrån veckovis "basplacering" på en av medicinklinikkens funktioner. Det gör att läkarna i stora drag alternerar mellan medicinmottagning, jourtjänstgöring, avdelningsarbete samt komplement för jourtjänstgöring, en vecka i taget. Överläkarna tjänstgör även på intensivvårdsavdelningen och några av dem också på dagvårdsenheten. Underläkarna är placerade på akutmottagningens medicindel och är periodvis schemalagda för utbildning på andra kliniker. Läkarna, i synnerhet överläkarna, har inte sällan arbetsuppgifter att utföra på olika vårdenheter inom medicinkliniken under en och samma dag. Läkarnas arbete leds och organiseras av verksamhetschefen (dvs. klinikchefen). Överläkarna/specialistläkarna rapporterar oftast direkt till verksamhetschefen, medan de läkare som är under utbildning rapporterar till den överläkare som är ansvarig för respektive schema placering. Vårdenhetsöverläkare är en ofta förekommande position som har ansvar för riktlinjer och rutiner, men inte har någon formell arbetsledande position. Sjuksköterskor och undersköterskor har normalt en enhetschef som i sin tur rapporterar till verksamhetschefen.

Läkarna är ansvariga för den medicinska vården av patienterna. Läkare bedömer och utreder patientens sjukdom, sätter diagnos, fattar beslut om behandling och dokumenterar åtgärder. Läkare under utbildning arbetar under handledning och får stöd från kollegor med större erfarenhet. Läkarnas arbetsuppgifter är t ex att möta och undersöka patienter på avdelning och mottagning, ha telefontider för frågor från patienter, medverka vid ronder på olika vårdenheter, bedöma provsvar och undersökningsresultat, fatta beslut om behandling och undersökningar, skriva utgående och bedöma inkommande remisser, handleda kollegor samt diktera och signera utskrivna journalanteckningar. Att följa med i medicinsk utveckling och sprida detta i organisationen ses ofta som en central del i läkarnas arbetsuppgifter.

Medicinska sekreterare

Den medicinska sekreteraren (tidigare benämnd läkarsekreterare) skriver ut den information läkaren eller annan vårdgivare talat in på diktafon vid besöket eller behandlingen av patienten. Medicinska sekreterare ger också service till både patienter och personal på kliniken/vårdcentralen. Det kan innebära att ta emot telefonsamtal, ha kontakt med myndigheter, receptions- och kassaarbete och remisshantering. Att föra protokoll vid möten och konferenser kan också ingå i sekreterarens arbetsuppgifter

liksom administrativa uppgifter, till exempel arbete med statistik, budget, och personalrapportering.

Sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och kuratorer

På sjukhuset arbetar också sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och kuratorer. De kopplas in då behov föreligger och ger konsultationer till patienter och övriga yrkesgrupper utifrån sina specialistkunskaper.

Studenter

På medicinkliniken förekommer utbildningsplaceringar av studenter inom de olika yrkeskategorierna. Studenterna följer och deltar i klinikens verksamhet under handledning.

Vad sker på en medicinklinisk vårdavdelning?

Kungälv's sjukhus

Kungälv's Sjukhus ligger norr om Göteborg och är en del i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsorganisation. Sjukhuset hade 2011 ca 1500 medarbetare och områdesansvar för ca 118 000 medborgare.

På Kungälv's Sjukhus bedrivs specialistsjukvård inom internmedicin, allmänkirurgi, ortopedi, geriatrik och psykiatri. Sjukhuset är ett akutsjukhus, vilket innebär att man bedömer och behandlar akuta tillstånd inom ovanstående områden. Vården sker antingen i slutenvård, d.v.s. inlagda på vårdavdelning eller i form av öppenvård på mottagningar och dagvårdsenheter. Vid svårt akut insjuknande eller vid allvarlig försämring i tidigare konstaterad sjukdom söker eller remitteras patienten till akutmottagning. På akutmottagningen bedöms patienten av en läkare och beslut om inskrivning på vårdavdelning eller annan vård/hemgång fattas. På vårdavdelningarna erbjuds dygnet-runt-vård med övernattning och måltider. Totalt har sjukhuset 200 sådana vårdplatser. De används också för s.k. elektiv vård då patienter kallas från väntelista för planerade åtgärder, t ex en kirurgisk operation. År 2011 var antalet vårdtillfällen i somatisk slutenvård 11 691 (varav medicin 4 412) och i psykiatrisk slutenvård 925. (Årsredovisning 2011).

Till öppenvårdsmottagningar och dagvårdsenheter kommer patienter planerat på dagtid, ofta via remiss från läkare på vårdcentral eller för uppföljning efter vård på sjukhus. Kungälv's sjukhus har knappt 90 000 besök inom sin öppenvårdsverksamhet per år.

Under tiden på vårdavdelning utreds patienten för sin sjukdom/försämring och behandling sätts in. När tillståndet som ledde till inläggningen har åtgärdats och patienten är tillräckligt frisk för att klara sig i sitt vanliga boende skrivs hen ut igen. Om patienten trots sjukvårdsvistelsen inte kan återfå samma funktionsnivå som hen hade innan inläggningen kan insatser från kommunen, t ex i form av hemtjänst, behöva planeras innan patienten kan åka hem igen. Om patienten har fortsatt svår sjukdom men ändå vill komma hem kan även avancerad sjukvård i hemmet erbjudas.

Sjukhuset har på grund av befolkningsutvecklingen i upptagningsområdet under de senaste åren haft en ökande patienttillströmning. Man har fått fler remisser från primärvården, t ex vårdcentraler, samt fler svårt sjuka patienter som sökt akut. Beställningen av vård från hälso- och sjukvårdsnämnden har inte ökat i takt med patienttillströmningen. Det har inneburit ökade kostnader och oförändrade intäkter vilket lett till att sjukhusets ekonomi har försämrats. Vårdproduktionen har kunnat öka genom olika former av effektiviseringsåtgärder och vårdtiderna för inneliggande patienter har därigenom minskat. För närvarande pågår ett större utbyggnadsprojekt på sjukhuset där nya vårdavdelningar byggs.

Kungälvssjukhus är organiserat i åtta kliniker: akutkliniken, medicinkliniken, kirurg- och ortopedkliniken, anesthesi- och intensivvårdskliniken, psykiatriska kliniken, kliniken för laboriemedicin, geriatrik- och rehabiliteringskliniken samt röntgenkliniken. Varje klinik har en verksamhetschef. Sjukhuset har också fyra administrativa avdelningar. Det övergripande arbetet organiseras och leds av sjukhusdirektören som är en politiskt oberoende tjänsteman. Sjukhusdirektören, verksamhets- och stabschefer utgör sjukhusets ledningsgrupp. Ytterst styrs sjukhuset av en styrelse bestående av förtroendevalda politiker.

Medicinkliniken på Kungälvssjukhus²

På medicinkliniken vårdas patienter med akuta och kroniska medicinska sjukdomstillstånd. Medicinkliniken omfattar specialiteterna diabetes och hormonsjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, blodsjukdomar, hjärtsjukdomar och lungsjukdomar. I inbjudan till medarbetarna till klinikdagarna i februari 2011 sammanfattas klinikens storlek i rubriken:

Vi är 140 personer som till en kostnad av 110 miljoner kronor ser till att 118 000 människor får den bästa tänkbara internmedicinska vården.

På kliniken finns två vårdavdelningar för inneliggande vård, en dagvårdsavdelning och en öppen mottagningsenhet. På de två vårdavdelningarna för inneliggande vård finns totalt 50 vårdplatser, fördelade på 25 per avdelning. Det är på dessa två avdelningar som det nya sättet att ronda - Andra Ronden - har införts. Antalet patienter har successivt ökat vilket medfört överbeläggningar och ökad stress för personalen.

Patienter

Under ett år vårdas drygt 4 000 patienter inneliggande på någon av medicinklinikens vårdavdelningar. Medelvårdtiden har de senaste åren legat på fyra dygn per patient och vårdtillfälle. På klinikens mottagning och dagvårdsenhet görs runt 10 000 besök årligen till läkare, sjuksköterskor, dietister, biomedicinska analytiker och undersköterskor.

² Beskrivningen gäller i princip för förhållandena under 2011 och/eller 2012. Ständiga justeringar förekommer i scheman, beläggning och bemanning varför det är svårt att med bestämdhet beskriva vad som gällde vid en given tidpunkt.

Medicinklinikens patienter har nyligen insjuknat eller försämrats i något eller flera av sina internmedicinska sjukdomstillstånd. Det kan t.ex. handla om:

- Hjärtsjukdom (t ex hjärtinfarkt, hjärtsvikt/nedsatt pumpförmåga, störningar i hjärtats rytm och problem med hjärtklaffarna)
- Mag- och tarmsjukdom (t ex leversjukdomar och inflammatoriska tarmsjukdomar),
- Blodsjukdom (t ex blodcancer)
- Diabetes
- Lungsjukdom (t ex KOL, lunginflammation och lungcancer).

I takt med en ökad andel äldre i befolkningen ökar även den andel äldre patienter som har flera olika sjukdomar samtidigt. De brukar kallas multisjuka äldre och kan definieras som patienter över 75 år med omfattande sjukdom och vårdkonsumtion (SKL, 2012). Gruppen anses ha ett mer komplext vårdbehov där många aktörer är inblandade, t ex primärvård, kommun och sjukhus (Johansson och Johansson, 2012). Inte sällan hamnar sådana patienter på en medicinsk vårdavdelning för utredning vid försämring av kroniskt tillstånd. Andelen inneliggande patienter på medicinkliniken som bedöms vara multisjuka uppskattas variera mellan ca 20 % och 50 %.

Interna beroenden

Medicinkliniken samarbetar med övriga kliniker på sjukhuset. Det innebär att andra kliniker kan ha ansvar för delar av patienternas vård. Röntgenkliniken ansvarar t ex för utredningar med hjälp av olika typer av röntgen och laboratoriekliniken ansvarar för att laboratorieundersökningar utförs. Det innebär att patienter och prover löpande behöver transporteras till andra delar av sjukhuset och att medicinklinikens personal behöver kommunicera med personal på andra kliniker. Kommunikationen kan ske skriftligen t ex via remisser, via telefonsamtal eller genom att man träffas direkt.

Om patienten samtidigt har en annan pågående sjukdom inom ett annat specialistområde kan medicinklinikens medarbetare behöva vägledning avseende vilka implikationer andra sjukdomar kan ha för patientens internmedicinska vård. Om patienten vårdas inneliggande kan t ex läkare från andra kliniker komma till avdelningen och göra en bedömning av patienten utifrån sin specialistkunskap. Likaså kan medicinklinikens läkare behöva gå till andra vårdenheter än de internmedicinska för att göra bedömningar av andra klinikers patienter.

Det förekommer även att medicinklinikens patienter inte får plats på de egna vårdavdelningarna och istället behöver placeras på en annan avdelning, t ex på kirurgkliniken. Medicinklinikens läkare behöver då bedöma och besluta om vården och omvårdnaden av den aktuella patienten och kommunicera med den andra kliniken personal kring detta. Kliniken har under den studerade perioden haft besvärande överbeläggningar, vilket komplicerat arbetet med att få Andra Ronden att fungera som det var tänkt.

Externa beroenden

Medicinkliniken samarbetar också med andra vård- och omsorgsgivare i samhället, framför allt med primärvård, kommun, och den specialistvård som inte tillhandahålls på Kungälv's sjukhus. Planering och beslut avseende medicinsk vård, omvårdnad och andra insatser för patienten behöver i många fall samordnas med dessa övriga instanser. Det sker bland annat skriftligen genom remisser som skickas till och från primärvård och specialistvård, telefonsamtal och möten på sjukhuset i samband med inneliggande vård. Även kontakter med sociala myndigheter och Försäkringskassan är relativt vanliga.

Personal

På medicinkliniken arbetade 2010 ca 140 personer, fördelade på vårdavdelningarna 7 och 8, medicinmottagningen och dagvårdsenheten. Kliniken ansvarar också för läkarbemanningen på akutmottagningens medicindel. De största yrkesgrupperna på medicinkliniken är sjuksköterskor (ca 49 st), undersköterskor (ca 31 st) och läkare (ca 32 st). På kliniken arbetar också administrativ personal, chefer, sekreterare, biomedicinska analytiker och en dietist. Medicinkliniken har vid behov också tillgång till andra sjukhusövergripande yrkesgrupper som sjukgymnaster och kuratorer.

Vårdavdelningarna där Andra Ronden införts

Vårdavdelningarna bemannas av 3-10 sjuksköterskor dygnet runt sju dagar i veckan och av 3-7 läkare under dagtid på veckodagar. Det finns också alltid tillgång till en jourläkare och en bakjour i hemmet under kvällar/nätter samt helger. Avdelningarna bemannas även av undersköterskor, en person i köket på respektive avdelning, en koordinator, avdelningssekreterare/medicinsk sekreterare.

Vårdpersonalen på avdelningarna är indelade i team. Det finns tre team på varje vårdavdelning och teamen ansvarar för 8-9 patienter vardera. I varje team ingår en sjuksköterska, en undersköterska, en underläkare och en överläkare. Därtill finns en "extra" sjuksköterska och undersköterska per avdelning som hjälper till där det behövs mest. Teamen benämns med färger: röd, blå och grön. Sjuksköterskor och undersköterskor arbetar mycket nära varandra. På medicinkliniken tillämpas parvård, vilket innebär att sjuksköterskor och undersköterskor arbetar i par. Ofta hjälps man åt med de olika arbetsuppgifterna. Sjuksköterskan är den som leder arbetet inom paret.

Sammanlagt är 18 sjuksköterskor och 13 undersköterskor anställda på vardera av de två vårdavdelningarna. Dagtid under vardagar bemannas avdelningen av sjuksköterskor och undersköterskor. På kvällstid, nätter samt helger är bemanningen lägre. Det är alltid minst tre sjuksköterskor som arbetar på avdelningen oavsett tid på dygnet och veckodag.

Sjuksköterskor på vårdavdelningar koordinerar och leder omvårdnadsarbetet kring patienten. De är ansvariga för att patienten informeras om rutiner på avdelningen, får daglig omvårdnad som mat, dryck och hjälp med personlig hygien. De koordinerar kontakterna med anhöriga och andra vårdinstanser när detta är aktuellt, t ex kommunala insatser. De ansvarar för att flera av de vårdåtgärder utförs som läkare beslutar om, t ex att ge läkemedel och dropp. Sjuksköterskorna dokumenterar t ex ankomstsamtal,

omvårdnadsstatus och omvårdnadsepikris³, rapportanteckning, vårdplaner med sökord och utskrivningsplanering.

Målet är att avdelningen dagtid ska bemannas av tre underläkare, en i varje team. Den underläkare som ingår i respektive team är placerad på avdelningen i en vecka. En överläkare per team är schemalagd för avdelningsarbete måndag, onsdag och fredag förmiddag. Övrig tid har överläkarna andra arbetsuppgifter på kliniken men har löpande kontakt med underläkaren i sitt team för handledning och stöd i avdelningsarbetet. Läkarbemanningen på helger och kvällar utgörs av den överläkare som har bakjour vilket innebär ansvar för båda vårdavdelningarna, för de patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningen och för frågor från jourläkare på akuten.

Schema

Läkare

Schemat för läkarna på medicinkliniken hanteras ofta, såsom på de flesta sjukhuskliniker, av en läkare. För att effektivisera schemaläggningen inköptes under 2011 ett nytt schemaprogram – Medinet. Man lägger schema 5 ggr per år i perioder om 10 veckor, förutom för sommarperioden som är 12 veckor.

Vid schemaläggningen utgår man, av arbetsrättsliga skäl, från att lägga ut ledighet (jourkompensation) utifrån individuella läkares önskemål, och samtidigt skapa en fungerande bemanning för god vård. Det finns ca 30 funktioner/arbetsområden (som i schemat kallas för schemapositioner) som ska täckas av ca 15 läkare med överläkarkompetens. Variationen mellan olika veckor kan vara stor eftersom det förekommer både planerad frånvaro i form av ledighet och utbildningar, och oplanerad sjukfrånvaro och frånvaro för vård av sjukt barn. Komplexiteten kan anas utifrån en mailväxling som vi hade med kliniken för att klarlägga hur många överläkare som finns för att täcka behoven.

”Forskare: Hur många ÖL-tjänster är det som ni har för att täcka de olika ÖL-schemarollerna?”

***Schemaadministratör på kliniken:** I nuläget (v 49) har vi 10 st ÖL, 4 st är antingen tjänstlediga eller sjukskrivna. Denna vecka har vi även 3 hyrläkare. Jag har svårt att svara på frågan då vi haft hyrläkare så länge jag jobbat här, vet inte exakt vad som är skäligen bemanning för att täcka alla ÖL-positioner.*

***Kontaktperson på kliniken:** Pratade även med den tidigare schemaläggaren som uppskattade att vi har cirka 15 ÖL, vilket var det jag också tänkte. För att täcka i schemat behöver det vara 11-12 ÖL i tjänst om jag kollar i Medinet. Men det är budget som styr och vad jag vet finns inget beslut på att det måste vara ett exakt antal. Och vilka mottagningar som vi kan ha öppet styrs ju också av antalet läkare i tjänst så det varierar.”*

³ En efterhandsbeskrivning av vårdförloppet och -insatserna

Schemaläggningen för läkarna utgår från en femdagarsvecka, måndag till fredag. Under helgen är läkarbemanningen begränsad och det sker ingen normal rondverksamhet. En konsekvens är att arbetsbelastningen på måndagar är hög eftersom de patienter som inkommit under helgen kan behöva/måste rondas. Den överläkare som har helgjour ansvarar för nya patienter på avdelningarna och ska skriva epikris för de patienter som inkommit under fredagen och som kan skrivas ut under helgen. Arbetspassen är dygnslånga och sträcker sig lördagar 09:00-09:00 och söndagar 09:00-08:00. För att stötta överläkaren på helgen finns det en extra "rondjour" 09:00-13:00.

AT- och ST-läkare behöver handledning av överläkare, vilket måste schemaläggas. Därtill finns funktioner/arbetsuppgifter (t ex specialiserade mottagningsverksamheter och bedömningar av specialremisser) som endast kan bemannas med överläkare med rätt kompetens, s.k. subspecialisering. Det finns 13 olika överläkarpositioner i schemat (t ex Intensivvårds ÖL, ÖL för utlokaliserade patienter, ÖL på akutmottagningen), 9 olika mottagningar (t ex kardiologi, hematologi) samt 8 olika remissfunktioner (t ex Gastroenterologi, Endokrinologi, UCG).

Läkarnas schema läggs så att man varje vecka har samma positioner under fem dagar, såsom IVA-vecka, mottagningsvecka utifrån individuell läkarspecialitet, avdelningsvecka etc. Läkarnas schemaplacering följer en prioritering där just utläggande av intjänad ledighet (jourkompensation) görs först. Därefter följer avdelning, akuten, mottagning och bakjourer. Överläkarna har inte primärjourer på akuten men det finns en överläkarstöttnings på akuten som huvudsakligen ska handleda underläkarna som är schemalagda som primärjourer på akuten.

Varje onsdag är det läkar-APT (arbetsplatsträff) 08:00-08:45 och varje fredag är det läkarlunch ihop med geriatriken. Lunchmötets program varierar. Administrativ tid ingår i arbetet varje dag för att hantera provsvar, journalsignering etc.

Eftersom vecko-schema är grunden för läkarplaneringen kan det innebära att vissa dagar sker det en överbemanning där fler läkare än nödvändigt är på eftersom någon av läkarna har beviljats ledighet/utbildning under någon dag i veckan. Läkarschemat följer en annan logik än sjuksköterskornas där schemat består av timbaserade "turer" specificerade för varje dag och även del av dag.

Sjuksköterskor och undersköterskor

Sjuksköterskorna och undersköterskorna är anställda på respektive avdelning. De följer en 5-veckors schemastruktur baserad på olika arbetspass, alla dagar i veckan. Antalet personer som bemannar varje pass är definierat med tak och golv och var och en fyller i sina individuella schemaönskemål, vilket sedan balanseras inom ramen för de gränser som är definierade av arbetsledningen. Helgerna är glesare bemannade och tiderna lite annorlunda.

De normala arbetspassen under veckan är 06:45-15:45, 13:30-22:00, 21:30-07:15. På avdelningen är det 3 sjuksköterskor och 3 undersköterskor per avdelning dvs. 1 Ssk +1 Usk per färg/team. Dagtid må-fre tillkommer 1 Ssk+ 1 Usk "spring" per avdelning som hjälper till där det behövs mest. Finns också en Usk med ansvar för köket. Det är relativt

balanserad fördelning mellan Ssk och Usk men ska alltid vara minst tre sjuksköterskor som arbetar på avdelningen, oavsett tid på dygnet och veckodag.

Kl. 07:15 är det morgonsamling och på eftermiddagen mellan 13:30 och 15:45 är både dag- och kvällspersonal på plats och den tiden används till arbetsplatsträff (APT) och tid för egna utvecklingsområden. Kliniken arbetar kontinuerligt för att anpassa schema och tider för medarbetare och patienter. En återkoppling från kliniken åskådliggör hur man återkommande arbetar för att optimera tiderna.

***”Forskare:** Att det är morgonsamling 07:15 varje dag verkar självklart men hur är det med tiden 13:30-15:45... är det varje dag eller ngn speciell gång i veckan?*

***Kliniken:** Morgonsamling 07:15 är det fortfarande och tiden på eftermiddagen är den som både dag och kvällspersonal är på plats och därför kan användas. Om det är andra möten försöker man utnyttja tiden på eftermiddagen. Detta är en gemensam strategi för hela sjukhuset då vårdpersonal får ökad möjlighet till närvaro.*

All personal möts i personalrummet för en kort gemensam träff/eftermiddagsfika kl. 14:15 efter att rapport erhållits. Det är ett gemensamt tillfälle för att stämma av och ev. ge info. Och då är det ofta som någon/några är upptagna av patientarbete naturligtvis. Vissa dagar har det varit korta utbildningar 14:30 i ca 15-20 min. APT är varannan vecka och när det är APT förläggs detta senare beroende på om det är stor-APT eller vanligt. Dessa tider flyttades vid APT.

Det som gällde under 2011 och 2012 var att rapport lästes eller gavs av ssk kl. 14:00 på avd 8 och 13:30 på avd 7 och sedan var det en kortare avstämning med läkare efter att ssk gått runt till sina patienter. Nu under hösten 2013 har vi haft eftermiddagsrapport/rond med läkarna 13:45 - 14:15 varje dag.”

DEL III:

FALLBESKRIVNING: ANDRA RONDEN



Rond på en barnsal 1937. Bildkälla: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet



Rond på Urologiska kliniken ca 1960. Bildkälla: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet

Metod och syfte

Under hösten 2010 fick vi närmare kännedom om det nya rondsystemet på medicinklinikens två vårdavdelningar och att det skulle utvärderas ett år efter införandet. Vi kom överens med klinikledningen om ett samarbete.

I slutet av 2011 och början av 2012 genomförde vi intervjuer med främst läkare, sjuk- och undersköterskor på de två vårdavdelningarna. I urvalet ingår både erfarna och mindre erfarna medarbetare samt positivt och negativt inställda till Andra Ronden. Syftet var att förstå hur de intervjuade såg på hur förändringsarbetet genomförts, på hur man uppfattade innehållet i förändringsarbetet och hur det påverkat dem i deras arbete. Resultaten var dels tänkta att återrapporteras till medicinkliniken som ett led i deras utvecklingsarbete, dels för att skapa en djupgående och detaljerad fallbeskrivning som kan läsas av intresserade aktörer både inom och utanför sjukvården. Den här rapporten har just det syftet.

Semistrukturerade intervjuer användes. Urvalet är tänkt att fånga upp skilda uppfattningar om förändringsprojektet. Klinik- och förändringsprojektledning får då underlag för att kunna hantera sådana kvalitativt skilda uppfattningar. Vi konstruerade intervjuguide (se bilaga). Klinikrepresentanterna - verksamhetschefen, verksamhetsutvecklaren och de som ingick i klinikens rondutvecklingsteam - svarade för urvalet utifrån önskemål om spridning mellan positiva och kritiska, de som arbetat länge/var relativt nyanställda samt spridning i erfarenhet.

Intervjuerna gav utrymme för medarbetarna att fördjupa sig i områden som engagerade dem mest. Intervjuerna genomfördes av två personer. Vi intervjuade flest läkare, dels därför att vi vet (Norbäck och Targama, 2009) att det anses vara svårast att få med sig läkare på arbetsorganisatoriska förändringar. Dels därför att ronden är en mycket central del i läkarnas arbete. Totalt intervjuades 13 läkare, 7 sjuksköterskor, 2 undersköterskor, 1 sekreterare, de båda vårdenhetscheferna, verksamhetschefen och verksamhetsutvecklaren. Den senare har både varit vår kontaktperson och själv varit mycket aktiv i förändringsarbetet. Intervjuerna genomfördes i avskilda rum under 45-90 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Vi analyserade svaren utifrån kvalitativ analys och sammanställde de övergripande resultaten. Preliminära resultat presenterades för medicinkliniken på deras utvecklingsdagar våren 2012. Uppföljande samtal med klinikledningen kring resultaten från intervjuerna hölls vid flera tillfällen.

När vi redovisar citat från intervjuerna har vi varit sparsamma med att ange om det är en överläkare, ST-läkare eller AT-läkare för att försvåra igenkänning på individnivå. I rapporten avgränsar vi oss till att redovisa hur förändringen av sättet att ronda uppfattats av och påverkat läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Vi medverkade vid utformningen av en patientenkät och en intervjuguide för patientintervjuer. Resultaten sammanställdes och rapporterades av klinikens verksamhetsutvecklare. Enkäterna syftade till att stödja klinikens utvecklingsarbete samtidigt som de gav oss information om hur Andra Ronden uppfattades.

Vi assisterade klinikledningen med att utforma en medarbetarenkät som bl.a. innehöll standardiserade frågor om Andra Ronden. Huvudsyftet var att ge kliniken underlag för det fortsatta utvecklingsarbetet. Enkäten besvarades av 63 medarbetare (26 läkare - 11 ÖL, 9 ST och 4 AT-läkare, 23 sjuksköterskor, 13 undersköterskor, 1 läkarsekreterare och 2 övriga) i januari 2012. Det innebär en svarsfrekvens på ca 50 % för läkare och sjuksköterskor och drygt 40 % för undersköterskorna. Vi har tagit del av resultaten för samtliga personalkategorier, men har valt att endast presentera några resultat för helheten. Det finns två orsaker. Vi kan inte uttala oss om representativiteten då det endast är ett fåtal personer i några av kategorierna. De skillnader, ofta små, som finns mellan personalkategorierna är därför inte statistiskt signifikanta. I resultatredovisningen gör vi **ett** undantag: hur överläkarna har svarat på frågan om man ser Andra Ronden som en förbättring eller försämring. Vi gör det som en indikation på hur många av de mest inflytelserika läkarna som kunde tänkas vara förespråkare av det nya eller försvarare av status quo.

Andra Ronden – vårdavdelningarnas nya arbetssätt

På medicinklinikens två vårdavdelningar började man arbeta enligt ett nytt arbetssätt i oktober 2010. Det nya arbetssättet kallades Andra Ronden. Innan vi berättar om dess tillkomst och innehåll och de skilda uppfattningar som finns och har funnits om förändringen vill vi nedan redovisa en slags officiell ideal-beskrivning⁴ av hur man vill att Andra Ronden ska fungera. I praktiken varierar det. Det finns även en film med samma syfte upplagd på Youtube som nås på följande länk:

<http://www.youtube.com/watch?v=o4uD4stBtZo>

(Eller gå in på Google och sök på "andra ronden Kungälv".)

⁴ Vi har inte kunnat avgöra när dokumentet skrevs (troligen hösten 2011).

Medicinklinikens officiella beskrivning av Andra Ronden

I Andra Ronden är sjuksköterskor, undersköterskor, överläkare och underläkare indelade i team med en person från varje personalkategori i varje team. Varje team har en egen expedition där man har sina datorer, telefoner och sin planeringstavla. Totalt finns tre expeditioner per avdelning. På expeditionerna planerar teamen sitt arbete och utför administrativa arbetsuppgifter så som journalskrivning och telefonsamtal. På expeditionerna genomförs även de gemensamma rondsamtalen. Förutom expeditionerna finns uppehållsrum och matsal för patienterna, sköljrum för rengöring och tvätt av instrument, undersöknings/behandlingsrum, medicinrum, linneförråd och fikarum för personalen. Fikarummet ligger pga platsskäl inte i samma korridor som övriga rum utan i en utbyggnad i anslutning till korridoren.

En dag på vårdavdelningarna med det nya arbetssättet

Sjuksköterska och undersköterska börjar kl 6:45 och får rapport av nattpersonalen. Därefter arbetar sjuksköterska och undersköterska med morgonrutiner så som frukost, bäddning, medicindelning, tvätt, rengöring och förflyttningar. Läkarna börjar kl 7:45. Deras dag inleds med möte samt röntgenrond på röntgenkliniken och de kommer till avdelningen ca 8:45.

Morgonavstämning

När läkarna kommer till avdelningen sker morgonavstämning vid prioriteringstavlan på expeditionen. Vid morgonavstämningen sker en prioritering av teamets patienter. Man bestämmer också en tidpunkt när det gemensamma rondarbetet ska börja.

Planeringstavlan

De patienter som behöver rondas snarast får en röd markering på tavlan. Det kan vara t ex patienter som har inkommit på kvällen/natten eller patienter som har försämrats allvarligt. Därefter ges patienter prioriteringsordning med hjälp av olika färgmarkeringar. De patienter vars vård redan är planerad och som är stabila i sitt tillstånd, men där man t ex väntar på resultat från en undersökning eller väntar på plats på ett boende inför utskrivning behöver inte rondas alls. De patienter som ska skrivas ut redan på morgonen markeras också på tavlan.

På tavlan skriver man även upp vilka undersökningar som är planerade för patienterna, t ex om en patient ska genomföra en ultraljudsundersökning eller röntgen. Planerad utskrivning av patienterna skrivs också upp på tavlan. Tavlan uppdateras löpande under dagen. I regel är det sjuksköterskan som sköter uppdateringen.

Avdelningsarbete – morgon

Efter morgonavstämningen fortsätter sjuksköterskan och undersköterskan med sina arbetsuppgifter. Läkarna har möjlighet att läsa på om avdelningens patienter och planera deras vård. Innan rondan börjar sköter läkarna också utskrivning av de patienter som man redan på morgonen vet kan åka hem under dagen.

Rondsamtal

När det är dags för det första rondsamtalet, ofta kring kl. 9.30–10.30, hämtar undersköterskan den första patienten. Rondsamtalet sker på expeditionen och samtliga vårdkategorier medverkar. Läkaren leder rondsamtalet som berör patientens vård och behandling. Patienten har möjlighet att delta i planeringen av

vården och få information. Sjuksköterska och undersköterska bidrar med sin kunskap om patienten och dennes funktionsnivå och livssituation. Beslut om vilka åtgärder som ska genomföras fattas den närmast tiden fattas. Man planerar också tidpunkt för nästa rondsamtal, vilket kan dröja några dagar. Samtalet avslutas och undersköterskan följer patienten tillbaka till rummet. Därefter gör man klart det arbete som ska göras kring patienten, t ex provordination och provtagning, gemensam dokumentation, ordination av läkemedel, remissförfattande, uppdatering av planeringstavlan och telefonsamtal. Därefter hämtas nästa patient till expeditionen och så fortsätter rondarbetet tills alla patienter som ska rondas är klara.

Utskrivningar

Vårdtiderna på vårdavdelningen är i snitt fyra dygn. Utskrivningar sker löpande under hela dagen för att flödet av patienter till och från avdelningen ska bli så jämt som möjligt.

Avdelningsarbete

De dagar då överläkare är schemalagda på avdelningen (må, ons, fre) lämnar överläkaren avdelningen efter lunch. Ofta är rondarbetet avslutat vid detta laget, men om det finns patienter kvar som ska rondas görs detta även under eftermiddagen.

Underläkare, sjuksköterska och undersköterska tillbringar större delen av dagen på avdelningen. Man arbetar med görs löpande avdelningsarbete som medicindelning, måltider, hjälp med hygien och förflyttningar, rengöring, provtagningar, läkemedelsordinationer, vårdplanering med kommun och boenden, samtal med anhöriga, remissförfattande och dokumentation som inte har gjorts i anslutning till rondan.

Gemensam rondanteckning

I samband med rondan görs en gemensam rondanteckning om vad som har framkommit under rondsamtalet. Rondanteckningen skrivs av läkare.

Gemensam utvärdering

När patienterna är färdiggrödade eller vid annan tidpunkt på dagen görs en gemensam reflektion inom teamet kring hur man tycker arbetet har fungerat under dagen och om det finns något som hade kunnat göras annorlunda.

Andra Rondens tillkomst

Andra Ronden föddes inte i vakuum

Medicinkliniken hade tidigare en traditionell rond där läkare och sjuksköterska gick runt från säng till säng till samtliga patienter. Men man tyckte inte att systemet fungerade tillräckligt bra. I slutet på 90-talet förändrade man därför sitt rondsysteem till att läkaren rondade patienterna på egen hand och rapporterade vidare till sjuksköterska och undersköterska. Vi saknar närmare information om hur den förändringen gick till. Det verkar inte ha föregåtts av något omfattande förändringsarbete eller heller följts upp systematiskt. Men många upplevde den nya uppläggnings av rondarbetet som inte

särskilt effektiv med mycket vidareberapportering, brist på tidseffektivitet och problem med patientsekretess och -säkerhet.

”En stor sak var sekretessen. Att stå och prata med patienten på en sal. Så andra hör vad som sägs. Det är inte bra.... Och så står man där och undrar om man ska säga eller inte säga nånting. Det hände hela tiden. Och det kändes inte roligt.... Och överrapporterandet fram och tillbaka det blev ju rena viskleken. Patienten till undersköterskan som fick säga till sköterskan som fick säga till läkaren att ”du får prata med patienten och ...” Så att om alla hör samma sak samtidigt då tar man bort tre, fyra överrapporteringar. Så effektiviteten har varit viktig. Och sen osäkerheten, när läkare ska hålla så mycket i huvudet. Att när dom pratade med sköterskan så gick dom igenom ja ettan-två, ettan-tre, ettan-fyra ... ja två nätter, så alla patienter. Sen gick dom ju runt och så skulle dom ta upp patienter i huvudet igen. Och sen skulle man rapportera och ta upp tanken igen. Hade man då fyra sjuttioåriga kvinnor, alla med hjärtsvikt: vem utav dom var det som hade den medicinen och vem skulle jag skicka på ... och vem skulle ha hemtjänst? Det var en patientsäkerhetsrisk. Att inte göra klart allting på en gång med patienten kändes inte bra. Så dom tre sakerna upplevde jag var den stora drivkraften till att Andra Ronden kom till.” (Ssk nr 26 s 1)

De personer vi intervjuat berättar att det därför har förekommit många diskussioner om hur rondarbetet borde kunna läggas upp. Marginella förändringar har gjorts kontinuerligt, både för läkare och för sjuksköterskor, utan att missnöjet försvunnit. Någon berättade exempelvis om ST-läkare som 2003-2004 diskuterade sitt missnöje med rondsystemet utan att det resulterade i något nytt. Vi har fått höra om en f.d. nattsköterska och vårdenhetsschef som redan i början på 90-talet sägs ha arbetat fram idéer som påminner om Andra Rondens.

Facket hade också gjort en anmälan om att det var en bedrövlig arbetsmiljö exempelvis på sköterskeexpeditionen. Den måste göras om, delas upp, om man skulle kunna införa Andra Rondens.

”...det var en förskräcklig arbetsmiljö dom hade. Folk satt och gapade fram och tillbaka, telefonerna ringde, alltså det var en sån helt bedrövlig arbetsmiljö.... Alltså den gamla sköterskeexpeditionen var alldeles för stor, den var störig och vi hade nån slags skärm som satt där som man satte in patienter bakom skärmen så pågick verksamhet med telefoner som ringde och personer som svarade då och det var inte bra. Eller precis som larmen, att folk sprang ut och in och så vidare och så vidare...” (Ssk nr 26 s 3)

”Jag var ganska positiv till [Andra Ronden] och att vi skulle få det lugnare. Innan så var det ett stort problem som alla hade anpassat sig till. Sköterskeexpeditionen var väldigt ljudlig och högljudd med kackel och liv hela tiden. Så att jag tyckte det skulle vara väldigt skönt och få en egen station. Samtidigt som jag tyckte att det skulle vara svårt för nya sjuksköterskor ... och bli ensam lämnad i ett helt rum istället för att ha nära kontakt med andra sjuksköterskor.” (Ssk nr 14 s 5)

Samtidigt hade Arbetsmiljöverket konstaterat att medicinklinikerna på sjukhusen i Sverige var väldigt belastade med överbeläggningar av patienter i korridorer, dagrum och på andra kliniker, exempelvis kirurgen. Läkarna måste gå runt på flera platser för att ronda, delvis med sköterskor som inte var vana med hjärtpatienter och med medicinska

åkommer. Det säger sig självt att det blir mycket besvärligare. Arbetsmiljöverket gjorde inspektion på Kungälv's sjukhus.

Ett formellt Genombrottsprojekt genomfördes februari 2006 – mars 2007 som följd av att stress och arbetsbelastning på vårdavdelningarna upplevdes äventyra patientsäkerheten och inverka negativt på personalen. Eftersom avdelningarnas arbete till stor del styrs av rondens vill man försöka påverka den till att bli klar tidigare. Man ville också skriva ut patienterna tidigare för att frigöra sängarna för nya patienter. Projektet hade en formellt uttalat patientfokus, även om man insåg att mycket av arbetet ändå utgick från personalens behov. Ett tvärprofessionellt team sattes upp på vardera avdelningen. Man försökte arbeta utifrån två mätbara mål:

- 80 % av ronderna ska vara klara innan kl 10:45
- 50 % av de patienter som ska skrivas ut ska vara utskrivna och ha lämnat avdelningen före kl 12:30

Genombrottsmetoden (sjukvårdens variant av PDSA-cykeln) innebär att man identifierar förbättringsbehov, testar förändringar i liten skala, analyserar resultat och fattar beslut om man ska gå vidare i större skala. Försöken ledde till begränsade varaktiga förbättringar. Någon märkbar effekt på de mätbara målen uppnåddes inte, även om de som medverkade i projektet var positiva till sättet att arbeta. En del "Andra Rondens liknande" försök, t.ex. att undersköterskorna kunde medverka i rondens, eller att patienter skulle föras ut till samtalsrummen utanför avdelningen där utskrivande läkare skulle sitta väl förberedd möttes av lågt intresse. I avrapporteringen⁵ s. 11 konstateras:

"Många tester berörde områden som gemensamma rutiner och administration men var svåra att få gehör för. Flera kände sig inte delaktiga och följsamheten blev dålig, speciellt om olika personalkategorier var inblandade. Skiftarbete för undersköterskor och sjuksköterskor och dålig kontinuitet bland läkarna på avdelningarna har varit faktorer som försvårat arbetet avsevärt. Så länge det inte finns läkare som hör till en avdelning och jobbar kvar där finns det ju ingen att samarbeta med och då är det mycket svårt att lyckas med förbättrings- och förändringsarbeten som t.ex. berör rondens. De läkare som var med i teamen var oerhört engagerade och hade många bra idéer som man försökte testa. Dock var delaktigheten låg hos kollegor vilket ju kan bero på många olika faktorer. Frågan är hur man skapar förutsättningar för ett bra samarbete mellan professioner på avdelningen."

Den stora vinsten med Genombrottsprojektet var att delar av personalen fick lära sig hur man systematiskt kan arbeta med förbättringsarbete. Det kan vara en av anledningarna till att man inrättade en tvärprofessionell rondutvecklingsgrupp (den s.k. RUT-gruppen), när ledningen väl bestämt att man skulle införa det som senare blev Andra Rondens.

Vi kommer inte att vidare beröra Arbetsmiljöverkets inspektion och det arbete med beläggningar som kliniken gjorde. När Andra Rondens började ta form så hade man dock fortfarande besvärande överbeläggningar. Däremot är det intressant att behandla de

⁵ "När, var och hur för patienten" Genombrottsprojekt Medicinkliniken, Kungälv's sjukhus

lokalmässiga arbetsmiljöproblemen eftersom även Andra Ronden ställde krav på lokalförändringar för att kunna genomföras.

Andra Rondens tillkomst sedd i ett läkarperspektiv

Det tycks som om många varit missnöjda med rondsystemet och haft tankar och idéer om hur det skulle kunna utvecklas. Utan att det blivit något mer än prat. Startskottet för Andra Ronden verkar ha varit läkarnas två utvecklingsdagar i Paris hösten 2008⁶. Då formulerades en lista på sådant som var dåligt med den gamla rondan. Och så försökte man skapa en anti-tes till varje negativ sats. Vilken var den mest positiva satsen?

Två överläkare framstår som frontfigurer/eldsjälar i förändringsarbetet. En man och en kvinna. De kände varandra sedan flera år tillbaka. De delade många värderingar och hade en likartad grundsyn på läkarrollen och på patienterna. De hade arbetat på andra ställen innan de kom till Kungälv, där de varit i några år innan Parismötet ägde rum. Båda berättade om att många hade tankar och idéer om vad som var fel och om vad som borde göras. Samtidigt var de medvetna om den aktiva roll de båda spelat i tillkomsten av Andra Ronden. År 2008 hade ingen av dem någon formell ansvarsposition utan agerade i rollen som läkarkollegor⁷. Vi har valt att inte namnge dem när vi redovisar citat från läkarintervjuerna. Deras syn på utvecklingen är samstämd, även om de använder språk och begrepp på skilda sätt och väljer att illustrera sin grundsyn med egna exempel.

Efter Parismötet skrev den manlige överläkaren en rapport på två sidor och gav sin tolkning av vad man hade pratat och kommit överens om. Begreppet Andra Ronden fanns med och rapporten skissade på ett förändrat rondsysteem. De två eldsjälarna är medvetna om att det var ett urval av tankar och idéer som presenterades. Det första var tanken om att man skulle göra klart en patient i taget. Det andra handlade om att förbättra kommunikationen mellan yrkesgrupperna och det tredje gällde att förbättra sekretessen för patienterna, exempelvis att slippa rondas på fyrsal. Men det var fortfarande av principiell karaktär - ”våldigt löst i kanten” – och inte klart vilka förändringar som var nödvändiga för att realisera de tre grundidéerna. Man menar att det är väldigt svårt att se att man kan ha invändningar mot de grundläggande idéerna.

Den kvinnliga överläkaren blev 2009 utnämnd till Vårdenhetsöverläkare på kliniken. Uppgiften var att förbättra samverkan mellan professionerna för att utveckla nya arbetssätt, för att göra läkarna delaktiga i avdelningarnas utveckling och för att vara en samarbetspartner för vårdenhetscheferna i medicinska frågor. Det kom att bli betydelsefullt då man fick en ansvarig person att vända sig till oavsett om man var för eller emot Andra Ronden som idé. Hon blev i april 2011 tillförordnad verksamhetschef, efter det att den förre verksamhetschefen först tagit tjänstledigt och sedan slutat. Hon slutade som t.f. verksamhetschef i januari 2012 och efterträddes av en ny t.f. Denne hade

⁶ Läkarnas årliga utvecklingsdagar har sedan flera år tillbaka förlagts till en lördag/söndag då läkarbemanningen på kliniken är som lägst.

⁷ Kollegiala möten, där man diskuterar utvecklingsidéer är vanliga bland akademiska professionella grupper, t.ex. på universitet och högskolor, utan att formella chefer deltar. Samspelet med chefshierarkin blir dock viktig när kollegiet behöver resurser för att utveckla sina idéer.

uppdraget i knappt nio månader, till oktober 2012, då en ny verksamhetschef rekryterades externt. Även den manlige överläkaren kom att sitta med i ledningsdiskussionerna när beslutet om att införa ett nytt rondsysteem togs av den dåvarande verksamhetschefen. Formella chefsbeslut är ju mer synliga än kollegiala. Det kan påverka hur personer som inte deltagit i läkarnas kollegiala diskussioner uppfattar varifrån idéer och initiativ till förändringen kommer. Enligt de två eldsjälarna var det huvudsakligen ett kollegialt nedifrån kommande läkarinitiativ.

Parallellt höll en arbetsgrupp på med lokalfrågor som ett resultat av en inspektion från Arbetsmiljöverket om överbeläggningar och icke funktionella lokaler.

Vårdenhetscheferna arbetade tillsammans med sjuksköterskor och undersköterskor på avdelningarna, medan det var begränsad delaktighet från läkarna. Vi kommer närmare in på detta när vi belyser förändringsarbetet i ett sköterskeperspektiv.

Läkarna hade hösten 2009 sina två årliga utvecklingsdagar i Krakow. En del läkare kallade det ”kräkow”, eftersom det ”kräktes upp” så mycket galla över det föreslagna rondsysteem. Man arbetade dels med att lyfta fram farhågor med förslaget, dels med att diskutera själva processen – hur förändringsarbetet hade skötts. En del läkare kände sig överkörda.⁸ Det var jobbigt, enligt flera utsagor. Under andra dagen ägnade man sig åt att prata ihop sig om en arbetsordning för läkarna. Motsvarande arbetsordning för sjuksköterskor och undersköterskor fanns redan framtagna.

Till farhågorna hörde att det skulle ta för lång tid att ta in patienterna och att man inte skulle kunna ronda alla patienter varje dag. Många kände sig stressade redan som det var och rondsamtalen skulle kunna stjäla mer tid, även om samtalen skulle kunna bli bättre.

”För det sades ju från början att man skulle spara tid och man skulle ha tid över, för vi delar ju samtidigt upp avdelningen i tre delar istället för att vi hade två delar förut men att ronda en tredje del med det här systemet där man ska samordna med sjuksköterska, undersköterska och man ska plocka in patienterna på expeditionen och dom ska gå hit med rollator och käppar och allt vad det är. Det tar lika lång tid som att ronda en halv avdelning på det traditionella sättet.” (Läkare nr 4 s 3)

Avdelningarna var redan uppdelade i tre delar för sjuksköterskor och undersköterskor men endast i två delar för läkarna. Vid de tester som man genomförde sommaren/hösten 2009 med att ta in patienter och ronda dem enskilt hade man skrivit en särskild arbetsbeskrivning för de som skulle testa. Man hade också bestämt att man skulle pröva med en tredelning även för läkarna. Schemaläggarna ordnade det, men fortsatte av bara farten i den reguljära verksamheten hela hösten, utan några diskussioner. Frågan togs upp under våren 2010 och man fann att man borde fortsätta med det.

En del menade att det inte kändes bra att samtala med patienterna med en så stor grupp närvarande. Dels fanns det en osäkerhet om hur väl man skulle kunna leda ett sådant samtal – med annan personal närvarande - som kunde bli djupare och beröra patientens hela livssituation och inte bara rent medicinska frågor. Det är förståeligt och oron lindras

⁸ Senare i rapporten redovisar vi resultat från en medarbetarenkät i januari 2012. Av den framgår att det var nästan hälften (fråga 11) som menade att man inte hade haft möjlighet att påverka Andra Ronden innan den infördes.

inte av att man inte erbjöd någon form av utbildning/handledning i samtalsmetodik.⁹ Några ifrågasatte man om det var rätt att ta upp känsliga saker inför "en massa folk", även om det inte var andra patienter. Andra menade att det kunde vara bra för patienterna att veta att all personal kände till hur allvarligt tillståndet för patienterna var så att de skulle slippa "hålla masken" inför de ovetande.

Någon var rädd för att det skulle bli rörigt och att man skulle tappa kontrollen över patienterna och inte kunna ta sitt ansvar som läkare.

"Och att ronda en gång och sedan inte ronda kanske på flera dagar, det vet jag inte riktigt hur mina kollegor gör, men jag tror det är väldigt varierande. Jag kan aldrig acceptera att man inte ser patienten. Det är en sak att inte se dom på helgerna, det har vi ingen möjlighet till för då har vi så oerhört få i tjänst, men på vardagar tycker jag att någon läkare ska se patienten en gång om dagen i alla fall. Vi kan inte lägga över det ansvaret på sjuksköterskor. För att sjuksköterskor ser mycket och en del sjuksköterskor är suveränt duktiga och ser allt men alla är inte det och det är ändå till syvende och sist så är det vårt eget ansvar, om det händer något." (Läkare nr 4 s 3)

Många förändringsförespråkare insåg att det var en reell risk att man i Andra Ronden kan "tappa bort patienter". Men man menade att man först måste förstå och acceptera grundtankarna med rondsystemet. Sedan måste man aktivt arbeta med att hantera riskerna. Det kräver att läkarkåren arbetar på samma sätt, t.ex. att man gör en avstämning varje morgon och prioriterar de patienter som ska rondas. *"För att annars så blir det ju väldigt svårt."* I de tidigare rondsystemen hade läkarna frihet att själva bestämma och göra på sitt eget sätt. Avdelningspersonalens arbete anpassades efter varje enskild läkare. Det kan möjligen vara en förklaring till varför Andra Ronden, med sitt krav på enhetlighet och samordning av läkarnas arbete med vårdpersonalens på avdelningen, kan upplevas som ett hot mot läkarens autonomi. *"Läkarna har ju med åren blivit mer ensamspelare"* som en läkare uttryckte det. *"Och Andra Ronden kräver mer av teamspelare."*

Men den största farhågan – förutom tidsaspekten - var kanske att det skulle bli stökigt med en gemensam expedition. Skulle man inte bli störd av sköterskor som sitter och ringer, eller att man (underläkarna) skulle tappa kontakten med kollegor.

"Jag visste att läkarna skulle tycka det, men är också fascinerad över att sköterskorna också tyckte det; 'läkarna kommer att kräva omedelbar service direkt'. Underläkarna oroade sig att de skulle bli sittande helt ensamma utan stöd. ... och att en ny undersköterska ska sitta där alldeles ensam utan att kunna gå till sina kollegor och fråga om hjälp" (Läkare nr 9 s 7-8)

Men det fanns också argument som aldrig fördes fram i officiella sammanhang:

"... när vi hade läkarmöten var det en sorts underström i gruppen. Det var ett par AT-läkare som var drivande i det här. Det uttalades egentligen inte, utan låg i rummet, tyckte jag. '... jaha, och vem vill sitta med en sköterska då?' Och det är ju svårt att

⁹ Det är inte givet hur ett sådant program skulle erbjudas och hur det skulle tas emot inom läkargruppen. Norbäck och Targama (2009, kapitel 7, särskilt s 221) visade hur svårt det kan vara att få läkare att delta i av ledningen sanktionerade utbildningar. Många läkare anser sig själva kunna avgöra vilka utbildningar man vill delta i.

bemöta eftersom det aldrig kom upp. Men jag kände att jag måste argumentera emot genom att säga att det kommer att uppstå bättre relationer mellan grupperna. Men det är ju en del läkare som önskar sig en slags upphöjdhets som de aldrig kan komma till.” (Läkare nr 3 s 8)

En läkare berättade så här om första gången han hörde talas om Andra Ronden

”...det diskuterades på någon av våra så kallade utvecklingsdagar och sen så ältades det ett antal gånger också. ... men jag kände liksom att nä det är ingen idé att jag lägger ner så mycket energi på det, för jag visste ju vad jag tyckte och jag visste hur det skulle bli och jag såg ju redan då att det här med blandade expeditioner. Jag har ingen bra erfarenhet utav det.” (Läkare nr 4 s 7)

Till Krakowmötet hade man bestämt att rensa luften med allt prat som varit om att förändringsarbetet hade skötts illa, att alla inte hade fått information, att man inte lyssnat på allas idéer och farhågor.

”Och då kom de här konspirationsteorierna upp, om att vi inte har fått veta nånting. Fast allting, allt har ju varit anslaget på intranätet, alla har fått möjlighet att kolla. Det har legat ute, det har mailats, det har hållits möten, men det verkar hopplöst svårt att sprida information. ...” (Läkare nr 3 s 15)

Ett exempel på kritikerstormen kan se ut så här:

”Jag skulle beskriva det som en order uppifrån, något som helt enkelt var bestämt att det skulle genomföras. Själv var jag kritisk och jag kände att de synpunkter jag hade beaktades överhuvudtaget inte. Det var ingen, åtminstone inte utav dom som hade bestämt sig för att genomföra det här, som ville lyssna så jag tycker att många av oss som har jobbat här länge är överkörda i det här.” (Läkare nr 4 s 1)

Men samma känsla fanns även bland dem som var positiva till tankarna bakom Andra Ronden. En läkare berättade:

”Jag tror att vi var på nå´n klinikresa till Krakow. Och då var det ju redan beslutat, men jag tror att de flesta av oss var väldigt positiva till att det skulle provas. Men många kanske kände att man inte var riktigt med i den processen annat än att man fick komma med synpunkter när det redan var beslutat. Så var det. Men jag vill inte poängtera det för mycket.” (Läkare nr 11 s 2-3, 7)

Det finns en viss förståelse bland de positivt inställda att många läkare ställer sig vid sidan om de många förslag som dyker upp och att man inte engagerar sig förrän man vet att det blir något av förslagen. De förstår att man kan känna sig överbelastade med system och administrativa frågor som lanseras uppifrån och otillfredsställda med att det inte räcker med att sköta det kliniska medicinska arbetet.¹⁰ De förstår också att om man inte har engagerat sig i diskussionerna innan det närmar sig ett genomförande så kan man känna sig överkörd och inte lyssnad på. Samtidigt kan de som varit engagerade i

¹⁰ Jämför Snell m.fl. (2011) och Lindgren m.fl. (2012), som intervjuat läkare om deltagande i organisatoriskt förbättringsarbete. Båda studierna visar resultat som stödjer förändringsförespråkarnas förståelse, särskilt om sådant förbättringsarbete inte är en uttalad del av läkarnas arbete, och om det inte avsätts tid och resurser för det.

utvecklingsarbetet känna att man inte kan hålla på och diskutera i all oändlighet. Någon gång måste man komma till handling även om inte alla är eniga om allt.

En läkare menade att en del av kritiken inte bara gäller arbetet med Andra Ronden. Det ingår i en tradition av ett informellt kollegialt sätt att leda verksamheten.¹¹

Kommunikationsvägarna har inte varit öppna för alla. Ledningspersoner har lättare att prata med en del och inte med andra. Många har upplevt favorisering medan andra lämnats utanför. Några har en lite öppnare kanal till chefen och därigenom själva tagit mer initiativ till samtal. Och om man inte deltar i de arbetsgrupper och möten man har (APT, utvecklingsdagar, klinikdagar) kan det här bli en ond cirkel och sura miner för att några kollegor får mer inflytande.

”Men jag uppfattade det som att det fanns jättemycket chans att påverka i alla fall. Man kunde inte ha missat att det var på gång för att det har liksom pratats jättemycket då.”
(Läkare nr 12 s 1)

En läkare menade att när den kvinnliga eldsjelen blev tillförordnad chef (s 4-5 i intervjun) så har hon försökt att formalisera ledningsarbetet. När det är olika uppdrag som ska ut så har hon alltid annonserat ut det till alla. Hon har gett alla möjlighet att engagera sig om man vill, så att det inte bara blir tilldelat någon informellt. Det stämmer med intrycken från medarbetarenkäten (frågorna 11 och 12) som redovisas längre fram i avsnittet ”Medarbetarenkät om Andra Ronden”. Läkaren upplevde att det informella har minskat samtidigt som chefen är ganska handlingskraftig och vill få saker gjorda.

Förändringsförespråkarna menar att det skulle ha varit en fördel om RUT-gruppen bildats tidigare och att den skulle kunna hålla i klinikdagar och att man kunde ha fått ihop sköterskorna och läkarna så att man direkt kunde kommunicera sina farhågor och förväntningar med varandra i stället för att ha separata processer.

”Samtidigt är det ju så med idéer, det går ju inte att direkt gå från idé till projektgrupp heller utan en idé måste få växa sig till. Det är som små barn som måste släppas ut och sen måste dom få växa till ... släpper man ut dom direkt så dör dom ju.” (Läkare nr 1 s 11-12)

En läkare redovisade sin syn på det klassiska dilemman¹² om att försöka få med alla på tåget eller driva igenom en förändring med stöd av en tillräcklig majoritet av förespråkare:

”Jag vet inte riktigt hur mycket energi man kan lägga på att göra folk delaktiga, om dom har bestämt sig för att dom inte ska vara det. ... Efter den här erfarenheten tror jag nästan att processen tappar energi om man låter det gå i långbänk och satsar ändå mer på delaktighet. ... Alltså man brukar säga att nejsägarna kan ha mycket bra information och att man ska lyssna på dom. Och det stämmer ju, men man måste också lyssna på jasägarna som har en massa kreativ energi. Om man ska fokusera helt på att få med dom här som inte ville så blir det ju ganska löjligt för det fanns så mycket positivt kraft i gruppen i övrigt.” (Läkare nr 3 s 17)

¹¹ Denna tradition verkar vara allmänt förekommande enligt Norbäck och Targama (2009).

¹² Se t.ex. Gravesen (2002) och Norbäck och Targama (2009)

Från flera håll har vi hört att det var endast ett litet fåtal läkare, särskilt överläkare, som var starka och öppna motståndare till förslaget om Andra Ronden. En läkare berättade om hur det var vid en vanlig lunch på sjukhuset där en av dessa överläkare sitter vid bordet. En intet ont anande ST-läkare från kirurgen undrar hur det går med ”er rond” och förstod inte hur infekterad frågan var just då.

”Och då lägger sig en dödstystnad över bordet. Och då säger den här läkaren: ’ja det får du prata med [N.N.] om, det har inte jag nå’t med att göra.” (Läkare nr 3 s 7)

Efter Krakowmötet fortsatte diskussionerna om ombyggnadsbehoven (som vi behandlar längre fram). Avdelningspersonalen hade sin process. Den var mer formaliserad och strukturerad än läkarnas, bl.a. med stöd av utvecklingschefen på sjukhuset. Den kvinnliga eldsjälens fick i rollen som Vårdenhetsöverläkare redovisa de impopulära förslagen på ombyggnader vid olika möten. Hon blev intensivt uppvaktad av avdelningspersonalen, med skrivelser och synpunkter så fort hon visade sig på någon av avdelningarna. Läkarna låg mer lågt, särskilt de som var motståndare till förändringen. De kom inte ens till annonserade lunchmöten. Det fanns en känsla av resignation hos dem. Bara för att man varit med på de grundläggande idéerna så måste man inte ställa upp på alla de konsekvenser som eldsjälarna dragit, t.ex. det här med gemensamma expeditioner för läkare och sköterskor.

Den kvinnliga eldsjälens hade hela tiden stöd och uppbackning av sin manlige kollega och av verksamhetschefen. Men det var hon som fick vara frontpersonen och *”springa gatlopp, klä skott och ta striden”*. Men i februari 2010 hade man en utvecklingsdag för hela kliniken med fokus på lokalfrågorna. Då blev verksamhetschefen tydlig och meddelade att han tar ansvaret och att man ska genomföra Andra Ronden och det lokalförslag som det krävde. Upprörda känslor kom fram och några överläkare protesterade häftigt. Men det höjdes också röster för att man trodde att det skulle bli jättebra. Så det fanns röster både för och emot.

Klinikdagarna var väl förberedda, halva kliniken en dag och den andra halvan en dag. Ledningen hade bestämt sig för att berätta om sitt beslut. En av de som var med berättade om att argumentationen till stor del handlade om att det inte var rätt mot läkarna att ha ett system som i onödan utsätter läkarna för risken att göra fel och att patientsäkerhet och sekretess äventyras och att man inte kan fortsätta så.

Erfarenheterna från genombrottsprojektet några år tidigare var goda. Man beslutar sig för att bilda en tvärprofessionell projektgrupp där de olika yrkesgrupperna blir representerade. Gruppen får namnet RUT-gruppen (Rond Utvecklings Team). Tanken är att det fortsatta utvecklingsarbetet ska kanaliseras via RUT-gruppen. Den har sitt första möte i april 2010. Från det att stenen började komma i rullning på läkarutvecklingsdagarna i Paris hösten 2008 har det då gått ca ett och ett halvt år.

Andra Rondens tillkomst utifrån sjuk- och undersköterskeperspektiv

De flesta av de sjuk- och undersköterskor som vi intervjuat menar att Andra Ronden är resultatet av ett läkarinitiativ. Man kan namnge eldsjälarna och man känner till verksamhetsutvecklarens engagemang i RUT-gruppen. Man verkar vara överens om att det har varit en lång startsträcka, precis som vi beskrivit i tidigare avsnitt, och att den tidiga processen - innan bildandet av RUT-gruppen - var väldigt improviserad. Det är klart att förespråkarna hade höga ambitioner. Man ville gärna pröva sitt koncept för att utveckla det och komma igång snabbt. Men för dem som inte hade konceptet klart för sig, utan bara ska delta i försöken, kan det skapa en del negativa attityder. Ungefär på det sätt som beskrivs i sammanfattningen av Genombrottsprojektet 2005-06, när det inte finns någon kontinuitet i de grupperingar som får pröva på.

Men man var överens om att det tidigare rondsystemet fungerade dåligt.

”Vi tyckte att det fungerade dåligt och att det tog lång tid för då gick ju läkarna runt till varje. Först läste dom på och sen gick dom själva runt till varje patient och sen när vi väl satte oss ner så var det mycket som dom ville återkomma till oss om, för att dom inte hade ett beslut, och kolla med andra så det var mycket som fortfarande var ogjort när rondan hade varit och det var hattigt hela dagen och ibland gick man och väntade på att rondan skulle komma, för det var lite beroende på vilken läkare det var. För en del tog det väldigt lång tid och läsa på och gå runt till patienterna medan andra var snabbare. Så ibland kunde man nästan sitta och vänta.” (Ssk nr 15 s 1)

Tankarna från läkarnas utvecklingsdagar i Paris fördes vidare till vårdavdelningarna. Där hade man ett fungerande ledningsstyrt och strukturerat förbättringsarbete med alla personalkategorier (sjuksköterskor, undersköterskor, sekreterare) som leddes av de två vårdenhetscheferna. Från patientenkäter visste man att patientsekretess och -integritet fick låga värden. Och man hade pratat länge om att man måste göra något åt rondsystemet. Så när de två eldsjälarna bland läkarna formulerade ett koncept för ett nytt rondsystém var avdelningarna snabba att haka på. Det verkade mycket intressant och innehöll tankar man själva hade diskuterat. Man kände att man måste göra någonting för att *”såhär kan man inte ha det”*. Arbetsmiljöproblemen, överbeläggningarna och arbetet inför en utbyggnad av sjukhuset – där man gjort studiebesök för att fånga upp idéer - var områden som man redan arbetade med. Andra Rondan-konceptet gav nya öppningar i de här frågorna. Man hade hjälp av utvecklingschefen på sjukhuset (som stabsperson med i sjukhusets ledningsgrupp) och av verksamhetsutvecklaren, som blev samordnare/projektledare för RUT-gruppen.

Man hade lärt av Genombrottsprojektet 2005-06 att man bör testa i liten skala innan man går vidare i full skala. Så sommaren/hösten 2009 testade man inom en av de tre vårdgrupperna på en av avdelningarna. Som ett led i detta delade man upp läkarna i tre grupper så att man skulle få samma uppdelning som på avdelningarna. Särskilda instruktioner användes men några utbyggda lokaler fanns inte på plats. Man gjorde en kort utvärdering bland de patienter, läkare och vårdpersonal som deltagit. Patienterna verkade mest nöjda. Från avdelningarnas sida kände man att man var på rätt spår. Man såg de möjligheter som Andra Ronden skulle kunna ge. Men många sköterskor tyckte att

det tog för lång tid, kanske därför att det man testade var själva rondsamtalen och inte hela den förändring som Andra Ronden skulle medföra? Man var inte van vid att vara borta så länge från avdelningsarbetet.

Men man såg också hinder i de lokaler man hade. Om man skulle låta de personer som arbetar med samma patienter sitta i samma rum så behövde man tre expeditioner, där de läkare och sköterskor som arbetade med respektive vårdgrupp skulle sitta. Expeditionen skulle också fungera som samtalsrum/rondrum med patienterna. Det borde ju underlätta kontakterna mellan personalgrupperna, minska rapporteringstiderna och springet efter att leta efter den man behöver prata med. Tidigare hade man haft en läkarexpedition, en sköterskeexpedition och ett kafferum. Det här med gemensamma expeditioner var en laddad fråga. För att få till tre gemensamma expeditioner krävdes att man måste använda det gamla kafferummet. Man måste hitta en ny lösning för kafferummet, liksom för läkemedelsförrådet.

Lokalfrågan komplicerades av att man redan hade ett pågående arbete om lokalerna utifrån de arbetsmiljöproblem som hade identifierats. En arbetsgrupp kom med ett förslag som sedan inte antogs. Förutom de rent rumsliga förutsättningarna fanns det också ekonomiska begränsningar för hur mycket ombyggnaderna fick kosta. Ledningens förslag – som inte utarbetats av någon arbetsgrupp med medverkan från personalen – diskuterades i olika fora och ritningar skissade på tänkbara lösningar. Vi ska inte gå in i detalj på hur de olika förslagen såg ut. I korthet kan man säga att personalens motförslag inte passade Andra Rondens behov. Bl.a. skulle expeditionerna bli väl små. De skulle nog fungera, men flera är övertygade om att det förslag som kom ”uppifrån” var bättre och såg mer till patienternas bästa än till personalens.

En av de välinitierade sköterskorna (nr 26) menade att det var delade meningar bland personalen. Många tyckte att ledningens förslag – som fastställdes på ett extra klinikledningsmöte 100111 - var bra. Samtidigt fanns en tradition av att sköterskor och undersköterskor styr och ställer med avdelningens rutiner, förråd och utrymmen. Och det kan uppstå starka känslor när någon annan kommer in på deras revir. Därför kan det vara nödvändigt att ledningen fattar ett beslut och så får man finna sig i det, särskilt om det hotar att bli två läger som står emot varandra. *”Många tror nog att avdelningen är en demokrati men så är det faktiskt inte.”*

Förutom de arbetsrelaterade farhågor som fanns både på läkar- och sköterskesidan om att ha gemensamma expeditioner fanns också antydningar om att det hotade gemenskapen och kanske också informella makt- och statuspositioner inom avdelningarna och liknande statushinder bland läkarna. Kafferummet var ett särskilt kapitel. Den gamla lösningen medförde att personalen kunde ha koll på vad som hände på vårdenheter. Det nya förslaget skulle göra att man kom längre bort ifrån patienterna och att man skulle tappa kontrollen. Det gällde särskilt när man hade låg bemanning, exempelvis på nätter och helger. I efterhand upplever många att gemenskapen har försämrats som ett resultat av förändringen.

Ombyggnadsfrågorna tog lång tid och medförde många diskussioner på APT och andra möten. Protokollen från den lokala samverkansgruppens möten under de tre första

kvartalen 2010 vittnar om de förseningar som uppstod. Osäkerheten om vad som skulle realiseras och när det nya rondsystemet skulle starta var stor. Långt efter det att man startade (oktober 2010) hade man möten (APT, lokal samverkansgrupp, utvecklingsdagar) då ledningen punkt för punkt gick igenom de olika aspekterna.

Det fanns mailkorrespondens bland avdelningspersonalen som vädrade missnöjet och som favoriserade vissa lösningar. Bland dem som engagerade sig i Andra Ronden-arbetet och som hade formella ledningspositioner fanns misstanken om att det inte var meningen att de skulle läsa denna "undergroundmail". Man misstänkte att deras namn fanns med på adresslistan av misstag.

Det har också framkommit synpunkter på att verksamhetschefen (chef för hela kliniken) även är direkt chef för läkarna och vårdenhetscheferna. Verksamhetschefen leder m.a.o. medarbetare på två nivåer. Det kan medföra att verksamhetschefens agerande blir föremål för olika tolkningar, särskilt som läkarna inte var delaktiga i avdelningarnas lokalutvecklingsarbete. På en klinikutvecklingsdag i februari 2010 där planlösningarna diskuterades (tre gemensamma expeditioner och flyttning av kafferummet) meddelar verksamhetschefen att detta nu gäller och att det finns positiva utländska erfarenheter av teamrondande. Det är förståeligt att detta klara besked kan tolkas olika, t.ex. att det är att gå läkarnas ärenden (och inte patienternas eller avdelningspersonalens) eftersom läkarna inte deltagit i avdelningarnas diskussioner. Om man har engagerat sig i arbetat med lokalerna utifrån ett arbetsmiljöperspektiv och inte utifrån ett Andra Ronden-perspektiv så kan man förstå eventuell besvikelse över att personalens åsikter körs över. Oavsett tolkning, så var beslutet klargörande, även om det fortsatta arbetet med att bygga om lokalerna strulade med försenad start som följd.

Men det var inte alla som trodde att det skulle bli så! En sköterska, som varit mammaledig ett tag, berättade:

"Och då stod verksamhetschefen och sa att det är såhär vi ska ronda i fortsättningen. Men det var ingen som trodde på det utan alla trodde att det var ett projekt, det kommer gå över. ... Ja jag hade en känsla av att många kände att om det inte funkar så kommer det försvinna. ... Men nu har nog de flesta fattat att vi ska ha det." (Ssk nr 14 s 7)

Det är sannolikt att de två parallella processerna i lokalfrågan – arbetsmiljön på sköterskeexpeditionen respektive Andra Rondens lokalbehov – har varit svåra att hålla isär för många som saknat inblick i det övergripande arbetet med Andra Ronden. Från flera håll har vi fått höra att det sannolikt varit negativt för det nya rondsystemet. För dem som inte förstod kopplingen till den principiella omfattningen av Andra Ronden, utan uppfattade det som det vanliga praktiska arbetet med att på marginalen förbättra användningen av lokalerna, är det rimligt att uppfatta ledningens agerande som klandervärt. Men om man förstått att det var ett helt nytt sätt att ronda som skulle påverka avdelningens arbete i grunden hade reaktionerna rimligen blivit annorlunda.

"... avdelningen byggdes ju om litegrann. Man kopplade på såna här moduler. En del personal flyttades och man ändrade rum. I anslutning till det så har det varit mycket förarbete i personalgrupper som var med och ritade på olika förslag. [jag var själv inte med] Och sen så togs bara ett helt annat beslut av klinikchefen. Okej att man tar det

beslutet men då ska man inte ge intrycket av att först ha bjudit in oss ... som om det bara var ett spel för gallerierna. ... Det reagerade alla starkt på. Vi tyckte att Andra Ronden hade gått bra med vårt alternativ också....sen med facit i hand så har det blivit bättre.” (Ssk nr 16 s 4)

Efter klargörandet på denna utvecklingsdag så bildade man RUT-gruppen. Den hade sitt första möte i april 2010. De två parallella processerna, läkarnas och avdelningspersonalens, skulle nu integreras.

RUT-gruppens arbete fram till införandet ¹³

Efter det formella beslutet om att införa en ny rondlogik bildas den s.k. RUT-gruppen (Rond Utvecklings Team). Det är en tvärprofessionell utvecklingsgrupp som får mandat att se till att Andra Ronden införs. Uppdraget formuleras som att *”införa Andra Ronden, vilket innefattar att samlokalisera och samarbeta över professioner /.../ också att se över varje professions specifika uppgifter i samband med rondan för att patienterna ska få bästa möjliga vård i rimlig tid, känna större delaktighet i sin vård och uppleva bättre sekretess.”* En ST-läkare, en sjuksköterska, en nattsköterska och en undersköterska från vardera av de båda avdelningarna samt en sekreterare ingår inledningsvis i gruppen som leds av verksamhetsutvecklaren. Till en början träffas man varje vecka. Senare övergår man till varannan. Även efter det att Andra Ronden kan anses vara etablerad behåller man gruppen eftersom erfarenheterna av den varit goda, men nu för allmänt förbättringsarbete på kliniken.

Man vet att det är nästan omöjligt att alla ska kunna närvara vid samtliga möten - då man arbetar enligt olika scheman. Därför anger man redan från början att man ska utse en ersättare från sin egen yrkesgrupp om man inte kan medverka. De förslag som gruppen förordar får då större legitimitet. Vi har kunnat följa dess arbete 2010-2013 genom att ta del av de minnesanteckningar som gruppen gjort från sina möten. Vi har också intervjuat verksamhetsutvecklaren om arbetet i gruppen. Den dokumentation som gruppen skapar läggs regelmässigt upp på klinikkens intranät. Av minnesanteckningarna framgår att frånvaro förekommer, men också att ersättare utses. Det är uttalat att de som är intresserade och har tid kan delta i mötena. Inbjudna gäster (stabspersoner, medarbetare) ger input till det fortsatta arbetet. Engagemanget för uppgiften verkar vara högt. Man arbetar systematiskt enligt den metodik man lärde sig i Genombrottsprojektet 2006-07, med testcykler i liten skala och utvärdering för att avgöra om man sedan ska gå vidare i full skala eller inte.

Vad det handlar om är att utifrån de förutsättningar som finns utveckla de mest funktionella arbetssätten och rutinerna för att rondarbetet ska fungera effektivt och säkert. RUT-gruppen får mandat av ledningen att fatta egna beslut. Vid större frågor ska man stämma av med berörda chefer. Varje representant förväntas redovisa vad gruppen kommer fram till via arbetsplatsträffar (APT) och andra möten med sin yrkeskategori/enhet. De lämnar också önskemål om vad som behöver tas upp på

¹³ Det här avsnittet, liksom en del andra, är skrivet i s.k. ”historiskt presens” för att få lite mer liv i berättelsen.

klinikens utvecklingsdagar och fångar upp synpunkter. När beslutade rutiner inte följs händer det att verksamhetschefen och/eller vårdenhetscheferna kopplas in.

En av de första synliga aktiviteterna är att man under sommaren 2010 (v 23) genomför ett test på båda avdelningarna som går ut på att prioritera sina patienter, skriva ut innan rond och skriva rondanteckning gemensamt. RUT-gruppens arbetsbeskrivning för testet (2010-06-01) redovisas nedan, som ett exempel på hur gruppen arbetar. Information om testcykeln lämnas via APT till läkarna och till avdelningarna.

Arbetsbeskrivning prioriteringstest

Förväntade vinster är ett jämnare flöde med tidigare hemgångar, rond vid behov och bättre framförhållning.

Morgonarbete som tidigare och läkaren läser in sig på sina patienter.

Kl. 08:50 träffas gruppen och prioriterar sina patienter och markerar med färgplupparna på tavlan.

Efter det börjar läkaren skriva ut de som är klara för hemgång.

Ordinarie patientarbete fortgår parallellt för ssk och usk.

När läkaren är klar med utskrivningarna går han/hon runt till sina patienter enligt prioriteringen.

Gruppen träffas för gemensam rond enl. tidigare rutin alltså utan patienten.

Gemensam dokumentation sker med tydlig planering framåt.

Ny prioritering på tavlan.

Direkt efter rond:

Kort avstämning – utvärdera vårt arbetssätt och fånga upp tankar – skriv ner!

Tanken är att ha avstämning i slutet av arbetsdagen men vi hittar ingen bra tid.

Gula och blå patienter påtittas vb.

Ordinarie patientarbete fortgår utefter prioriteringar.

Eftermiddagsrond:

15:30 - Nya patienter planeras framåt och färgprioriteras.

Förbered morgondagens hemgångar.

Färgmarkeringarnas betydelse:

Röd – Akut, nya och inskrivningar

Gul – Ny bedömning efter provsvar/undersökning

Blå – i väntan på t.ex. boende, angio mm.

Grön – Planerad utskrivning, datum och tid under kommentar

I anteckningarna från klinikledningsmötet 2010-06-17 konstateras under rubriken ”Info från RUT-gruppen”:

”Man kunde direkt se flera vinster med att ha en tydligare överblick med hjälp av tavlan med färgprioriteringarna. Det underlättade tidiga undersökningar och utskrivningar och upplevdes som ett tydligt och visuellt hjälpmedel. Att skriva gemensamt var både plus och minus och här har vi mkt att jobba vidare med. Många tankar och reflektioner har framkommit ...”.

Inför starten i oktober intensifieras förberedelserna. Det är många frågor som måste hanteras där man inte riktigt vet hur man ska göra. Hur ska expeditionen/rondsamtalsrummet utformas för att det ska bli bra både för patienterna och för personalen? Vad ska stå på planeringstavlan? Vad behöver inte stå? Vilka ska skriva? Hur ska patienterna informeras? Hur gör man en gemensam rondanteckning? Vem skriver och under vilken rubrik i Melior (det datoriserade patientjournalssystemet)? Arbetsbeskrivningar behöver sättas upp.

Man bestämmer att man ska arbeta med tre mått för att följa utvecklingen: andel genomgångna patienter per dag, dvs. rondade enligt det nya rondsystemet, andel patienter som gått hem före kl. 12.00 och vårdtiderna. Man vill inte se någon ökning på dem som ett resultat av Andra Ronden. Men det är heller inget mål att korta vårdtiderna.

På RUT-gruppens möte 2010-10-26 kan man konstatera: **NU HAR VI STARTAT!!** och man ägnar mycket tid åt att utvärdera starten. Det är många moment som inte fungerar. Man konstaterar helt enkelt att *"Vi får pröva oss fram och återkomma till hur det fungerar bäst."* Man kan ändå konstatera att man än så länge bara fått positiva reaktioner från patienterna.

Praktiken efter införandet

För att ge läsarna en överblick om vad som hände när man väl kom igång med Andra Ronden har vi valt att inleda med resultatet av två enkäter. Den första riktades till patienterna och den andra till medarbetarna. Efter redovisningen av dem redogör vi hur intervjuade läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdenhetschefer upplevt vad som varit bra och mindre bra under det första året. Efter ett kort avsnitt om klinikkens ledningsgrupp återkommer vi till hur RUT-gruppen hanterat en del av de frågor som inte lösts tillfredsställande.

Patientenkät om Andra Ronden

I november 2011 genomförde kliniken en patientenkät (n=81). Svaren gavs enligt en skala 1–5 där 1 är lägst och 5 är högst/bäst. En summering ser ut så här:

Vi vill gärna veta vad du tycker och dina synpunkter är viktiga för vårt arbete framöver. Mer information om vårt rondsystem finns på avdelningen och på ditt sängbord.

	Medelvärde
1. Vad tyckte du om att rondsamtalen sker i ett rum där andra patienter inte hör vad som sägs?	4.6
2. Vad tyckte du om att tala inför en hel grupp med personal?	3.8
3. Jag fick en tydlig bild av vad läkaren och personalen tänkte och planerade för mig	4.2
4. Jag tycker att jag fick sagt det jag ville säga under rondsamtalen	4.2
5. I vilken utsträckning anser du dig delaktig i din vård och behandling?	4.0
6. Jag anser att jag fått den information jag behöver/önskar under vårdtiden	4.3
7. Mitt helhetsintryck av vården/vistelsen är	4.6
Genomsnittligt medelvärde	4.3
(Skala 1-5 där 5 är bäst)	

Patientsekretessen ges högst värde medan man ger lägst värde åt att prata inför en hel grupp med personal. Frågorna som handlar om att få berätta, om att få veta och förstå ligger däremellan. I våra intervjuer med personalen hösten 2011/januari 2012 framgår också att det blir färre frågor till sjuksköterskor och undersköterskor från patienter eftersom de är bättre informerade. De höga värdena i enkätsvaren styrker uppfattningarna att Andra Ronden är bra för patienterna. Alla personalkategorier ger uttryck för detta i våra intervjuer som vi återkommer till efter avsnittet om medarbetarenkäten.

Det uppstod en viss besvikelse på kliniken när den nationella patientenkäten 2012 inte visade ökad patienttillfredsställelse jämfört med den som gjordes 2010 innan Andra Ronden startade. Det är svårt att se några orsaker.

Medarbetarenkät om Andra Ronden

Vi kan jämföra beskrivningen av hur ledningen önskar att Andra Ronden ska fungera - avsnittet "Andra Ronden - vårdavdelningarnas nya arbetssätt" - med den bild som framträder ur medarbetarenkäten från januari 2012. Vi redovisar resultaten av 22 av frågorna/påståendena i något sammanfattad form. Om svarsalternativen är "Instämmer helt, Instämmer delvis, Varken instämmer eller tar avstånd, Instämmer delvis, Instämmer helt" har vi sammanfört de två negativa "helt" och "delvis" till en kategori och de två positiva "delvis" och "helt" till en kategori och så redovisar vi svaren i % under beteckningarna "instämmer" och "instämmer inte". Vi har fört samman andra svarsalternativ på likartat sätt. Den mellersta kategorin (varken/eller, vet inte, ej svar) redovisar vi inte, men procentsatsen kan enkelt räknas fram eftersom summan av de tre svarskategorierna alltid ska bli 100 %. Påståendena/frågorna nr 6-8 och 20-22 saknar mellankategori vilket gör att de svarande måste bestämma sig för om man ska luta åt det positiva eller åt det negativa hållet

De svarande väljer inte gärna de extrema svarsalternativen "helt, absolut, mycket hög/låg grad", men det finns sex undantag som är värda att beakta. Det gäller påståendena/frågorna nr 1 (upplevt olustig stress), 4 (stort behov av att utveckla arbetssätten), 8 (möjligt att utveckla verksamheten utan att tillföra mer resurser), 10 (förbättrade förutsättningar att förstå patientens situation), 17 (håller med om syftet med Andra Ronden), och nr 22 (behov av mer tid för att samtala med kollegor om hur man i praktiken ska hantera de förändringar som Andra Ronden innebär). Sammanfattningsvis ger det en bild av stress, behov och möjligheter att utveckla sättet att arbeta, av att Andra Ronden är bra för patienten, samt behov av ökad dialog inom och mellan professionerna för att realisera den potential som ligger i Andra Rondens arbetssätt.

Vi redovisar inte svaren i en sammanhängande tabell utan tar upp frågor som hänger ihop och kommenterar dem löpande. Vi skulle kunna tolka svaren utifrån vad vi lärt oss från våra intervjuer, men väljer att vänta med detta. Intervjuredovisningen kan med fördel läsas med enkätresultaten som bakgrund.

	Instämmer	Instämmer inte
1. Under den gångna veckan har jag upplevt olustig stress	50 %	17 %
2. Upplever du ronden som ett stressigt moment i ditt arbete?	40 %	43 %
3. Jag har kontroll över min arbetssituation	14 %	38 %
4. Det finns ett behov av att förbättra/utveckla arbetssätten på min arbetsplats	82 %	0 %
5. Upplever du att du har tillräckligt med tid för patienten?	45 %	34 %

Om hälften av personalen säger sig ha upplevt olustig stress under den gångna veckan - många av dem dessutom i kategorin "Instämmer helt" - är det ett orostecken för varje ledningsansvarig. Långvarig stress (i kombination med otillfredsställelse i arbetet) kan vara hälsovådligt och leda till att medarbetare sjukskriver sig¹⁴, slutar, inte anser sig ha tid att medverka i förbättringsarbete och inte hinner med att göra ett bra arbete. Stressen kan stå för att patienttrycket ökar, att bemanningen är otillfredsställande, att arbetsorganisationen och rutinerna är diffusa, eller att man saknar kontroll över sitt arbete, vilket det tredje påståendet tycks indikera. Andra Ronden uppfattas i lika stor utsträckning både som stressmoment och inte som stressmoment. Det kan vara ett uttryck för hur väl man har lyckats anpassa sig till det nya arbetssättet (jämför frågorna 15, om att följa de nya rutinerna, och 20, om yrkesrollen har förändrats). Påstående 4 kan mycket väl hänga ihop med att arbetsorganisationen ännu inte har stabiliserats efter det att Andra Ronden införts samt att det är viktigt att man kommer tillrätta med det om man vill minska stressnivån. Och visst kan det även vara stressande att känna att man inte har tillräckligt med tid för patienterna.

	Nöjd	Missnöjd
6. Hur nöjd är du med kvaliteten på det arbete som utförs på din avdelning?	76 %	8 %
7. Hur nöjd är du med effektiviteten i det arbete som utförs på din avdelning?	45 %	19 %

Personalen är mer nöjd med kvaliteten på det arbete som utförs på avdelningen än med effektiviteten. Man är delade i sin inställning till hur man ska kunna förbättra kvalitet och effektivitet vilket nedanstående påstående belyser. Absolut-ja-svararna kan tänkas vara mer benägna att acceptera förbättringsinitiativ av Andra Rondens typ utan att det tillförs några nya resurser. Nej-svararna kan mena att det inte hjälper utifrån sin grundinställning att det ändå måste tillföras mer resurser.

	Nej	Ja
8. Upplever du att det finns möjligheter att förbättra verksamheten utan att tillföra mer resurser?	49 %	51 %
	Som en försämring	förbättring
9. Hur har du upplevt Andra Ronden?	10 %	56 %

Av de 63 personer som besvarat enkäten upplever sex personer (10 %) att Andra Ronden är en försämring, inklusive två av elva överläkare. 22 personer (en dryg tredjedel inklusive två av elva överläkare) upplever det varken som en förbättring eller försämring, medan 35 personer, en knapp majoritet ändå upplever Andra Ronden som en förbättring. Överläkarna är något mer positiva (sju av elva). Att det ofta handlar om förbättringar för

¹⁴ Enligt Medicinklinikens verksamhetsberättelse för 2011 (s 19) har sjukskrivningstalen ökat, från 4,5 % vid slutet av 2010 till 5,8 % vid slutet av 2011. "Detta måste misstänkas återspegla arbetssituationen."

patienterna framgår av nedanstående påstående liksom längre fram i texten när vi redovisar våra intervjuer.

10. Jag tycker att det nya rondsystemet förbättrar förutsättningarna för att få en god bild av vad patienten tyckte och tänkte om sin sjukdom/situation.	Instämmer	Instämmer inte
	68 %	6 %
11. I vilken utsträckning anser du att du hade möjlighet att påverka utformningen av Andra Ronden innan förändringen genomfördes?	Inte alls/delvis	Helt/delvis
	48 %	21 %
12. I vilken utsträckning anser du att du nu har möjlighet att påverka utformningen av avdelningens arbetssätt?		
	33 %	22 %
13. I vilken utsträckning skulle du vilja påverka utformningen av avdelningens arbetssätt?		
	3 %	70 %
14. Anser du att tid finns för dig att vara med och påverka avdelningens arbetssätt, om du vill det?		
	40 %	20 %

Nästan hälften av medarbetarna ansåg att man inte haft möjlighet att påverka utformningen av Andra Ronden men att möjligheterna till påverkan har ökat (färre personer är negativa till nuvarande påverkansmöjligheter). I intervjudelen redovisar vi hur synen på de bristande påverkansmöjligheterna såg ut. Vi vet inte vilka som besvarat enkäten och om de är representativa för hela kliniken (63 svarande av ca 140 medarbetare) eftersom det är klinikkens egen enkät. Men om det skulle vara så innebär det att ca 20 % av medarbetarna (frågorna 11, 12 och 13) anser sig ha möjligheter att påverka avdelningens sätt att fungera. Svaren på frågorna 13 och 14 kan tolkas som att många (70 %) säger sig vilja vara med på det, men att det inte finns tid. Bristande tid kan vara ett bekvämt argument för att inte engagera sig i förbättringsarbete, särskilt om det går över enhets- och/eller professionsgränser, vilket är svårt, utmanande och kräver långsiktigt engagemang för att lyckas (Eriksson, 2005; Norbäck och Targama, 2009).

15. I vilken utsträckning anser du att du själv följer de nya rutiner som Andra Ronden innebär?	Inte alls/delvis	Helt/delvis
	6 %	56 %
16. I vilken utsträckning anser du att andra följer de nya rutiner som Andra Ronden innebär?		
	8 %	27 %

Det här kan ses som ett klassiskt svarsmönster som innebär att man själv gör som man ska, men att andra inte gör det i samma utsträckning, vilket således blir en förklaring till varför det inte fungerar som det ska. En förenklad slutsats kan då bli att det är andra som måste förändra sig.

	I mycket/ganska	Hög grad	Låg grad
17. Hur väl håller du med om syftet med Andra Ronden?		75 %	2 %
18. I vilken grad tänker du att syftet med Andra Ronden är tydligt uppfattade av andra medarbetare på avdelningen/avdelningarna?		50 %	5 %
19. I vilken grad tror du att syftet med Andra Ronden faktiskt kan uppfyllas?		67 %	3 %

Frågorna 17-19 ger ett starkt stöd för syftet med att införa Andra Ronden, liksom en tilltro till att det går att realisera, men visar samtidigt på en tendens till att man tror att andra inte har förstått syftet lika väl som man själv.

20. Upplever du att din yrkesroll har förändrats sedan Andra Ronden startade?	Ja 55 %	Nej 45 %
21. Upplever du behov av en ökad tillit mellan och inom yrkeskategorier för att kunna arbeta enligt det nya arbetssättet?	75 %	25 %
22. Upplever du behov av mer tid för att samtala med dina kollegor om hur ni i praktiken ska hantera de förändringar i arbetssätt som Andra Ronden innebär?	72 %	28 %

För frågorna 20-22 fanns endast fyra svarsalternativ ”Nej, absolut inte, Nej, tveksamt, Ja, kanske och Ja, absolut”. När mer än hälften av medarbetarna anser att den egna yrkesrollen har förändrats kan man förstå att det nya sättet att ronda inte är en så ”enkel” förändring som vi inledningsvis skrev om i avsnittet ”Ronden i ett patientperspektiv”. Frågorna 21-22 kan tyckas ledande, men här ger medarbetarna själva svaret på vad som behöver göras för att det goda syftet med Andra Ronden ska kunna realiseras. Men samtidigt visar det på en ovilja eller oförståelse hos en fjärdedel av medarbetarna till varför det ska vara nödvändigt med inom- och mellanprofessionella samtal om avdelningarnas arbetssätt. Om det då bland den fjärdedelen finns inflytelserika nejsägare så kan det räcka med passivt motstånd för att allvarligt försvåra de förändringar som skulle behövas för att få avdelningarna att bli effektivare och minska stressen, och därmed också medföra bättre kvalitet?

Svaren ger ett starkt mandat till ledningen att skapa och utveckla de arenor som behövs - utvecklingsdagar, arbetsplatsträffar, ledningsgruppsmöten, utbildningsdagar, tvärprofessionella utvecklingsteam; att se till att mötesdagordningar ger tid för utvecklingsfrågor, och inte bara löpande driftsfrågor; att efterfråga och uppmärksamma utvecklingsresultat; att göra medverkan i utvecklingsarbete till en reguljär arbetsuppgift; att skapa schemalagd tid för utvecklingsarbete och att kanske också premiera sådant i utvecklingssamtal och lönerevisioner. Men det är en svår uppgift inom en så mångprofessionell verksamhet som sjukvården där dessutom arbetsorganisatorisk utveckling har lägre status än klinisk/medicinsk utveckling liksom också chefsarbete i förhållande till kliniskt arbete.

Patienterna verkar vara Andra Rondens främsta förespråkare. Det framkommer både i formella patientintervjuer och i patientenkäter. Det framkommer också i de olika yrkesgruppernas uppfattningar som utvecklats i den dagliga vården och genom deras informella samtal med patienterna.

Bland sjuksköterskorna verkar Andra Ronden ha mottagits positivt, även om kritiska röster har förekommit om delar i arbetet. Det gäller exempelvis lokalfrågorna. Vi återkommer till sjuksköterskorna och undersköterskorna efter det att vi berättat om läkarnas uppfattningar.

Läkare

Förändringsförespråkare

Bland de intervjuade fanns tre entydiga förändringsförespråkare. En av dem sammanfattade syftet med Andra Ronden så här:

”Jag skulle beskriva det som ett nytt rondsysteem med tre grundpelare. Som bygger på en ökad sekretess för patienten, man slipper ronda på en fyrasal, istället får man komma in på ett särskilt rondrum. Där man rondar patienten sittande i en stol som man har jämbördigt på samma höjd. Alltså nå'n slags akt av respekt och integritet. Och sen andra grundpelaren är kommunikationen mellan yrkesgrupper, att vi har slagit ihop expeditioner för läkare och sköterskor och låtit dom sitta och arbeta i samma rum. ... och det tredje är att man försöker att göra klart en patient i taget. /.../Patienterna har fått fråga, vi hör vad patient har sagt. Så gör man klart och så tar man nästa patient efter det”(Läkare nr 3 s 20)

Läkaren har väldigt svårt att se att man skulle kunna invända mot dessa tre grundidéer. (Av medarbetarenkätens fråga 17 framgår att 75 % i mycket/ganska hög grad håller med om syftet med Andra Ronden.)

Från intervjuerna kan man förstå att Andra Ronden inneburit en stor förändring i läkarnas arbetssätt i tre viktiga avseenden:

- att genomföra en annorlunda typ av rondsamtal
- att prioritera patienter, dvs. att inte ronda alla patienter varje dag
- att utöka teamarbetet med sjuk- och undersköterskor (och att behöva ta hänsyn till andras arbete och tider).

För de förespråkarna är själva rondsamtalet centralt då det ger en väsentlig kvalitetsförbättring. Bland annat handlar det om att patientsekretessen har blivit bättre, framförallt för patienter på fyrbäddsrums. Det kan exempelvis inte vara roligt att också andra får höra, från en oerfaren läkare, att *”den här blå tabletten är för schizofreni”*. Man får en bättre anamnes och helhetsbild. Patienterna får utrymme att ställa sina frågor.

”Patientsamtalen är mycket, mycket bättre nu än vad de var tidigare. Det känns som om vi har tid att prata till punkt, om sådant som faktiskt är viktigt för vården och patienterna. Vad vill patienten ha för slags förmåga när han/hon kommer från sjukhuset? Vad är viktigt? Sådana saker tog nästan inte alls upp i den gamla rondan. ... Prioriteringssystemet gör ju faktiskt att man kan lägga lite tid på de patienter man tar in, eftersom man inte tar in alla varje dag.” (Läkare nr 2 s 14)

” ... det finns en annan känsla i rummet när man sitter där. Man avslutar samtalet med patienten och så känner man att man har gjort en överenskommelse som man tar i hand på ... Och den känslan hade man inte i det förra rondsysteemmet.” (Läkare nr 3 s 25)

”Man får mer en berättelse. ... nå'n patient hade andningsbesvär och så kom det fram att han gick ut på fotbollsplanen varje dag och det kunde han inte göra längre. Han

hade spelat fotboll i hela sitt liv ... och då säger undersköterskan att han inte hade rollator. Och så får vi ordna en rollator. Och så får han lite mediciner men det är inte det som vill förändra hans liv, utan det är ju det här med rollatorn. Så när jag träffade honom tre månader senare så visade det sig att han var själagläd för sin rollator. Jag menar att den helheten inte kommer fram på samma sätt om en yrkesgrupp saknas under rondsamtalet.” (Läkare nr 1 s 5)

Man fångar upp information och kunskap från andra yrkeskategorier. Det kan bidra till en bättre förståelse för patientens situation som kan leda till bättre diagnoser. I tidigare rondsysteem blev det sällan någon djupare kommunikation. Samtalet kunde vara trevligt men det var svårt både för läkare och patient att säga det man verkligen ville säga.

Man samtalar på ett djupare sätt när man sitter med patienten på samma nivå. Det går bra att lämna allvarliga besked till patienter även om det är ytterligare en läkare, en sjuksköterska och en undersköterska närvarande. För patienten kan det vara skönt att veta att alla i vårdlaget känner till situationen och att patienten inte behöver hålla skenet uppe.

I rondsamtalet så kan alla höra vad alla andra har sagt. Man får samma patient-information.

”Se’n blir det också väldigt bra att fler tolkar det som patienten säger. Att alla hör det samtidigt. Tidigare sa patienten en sak till läkaren en sak till undersköterskan och en sak till sköterskan. Nu har ju alla samma historia. Sen kanske inte den är helt sann, det kanske finns delar som är sanna där, men alla hör samtidigt. Det tycker jag också var ett lyft med Andra Ronden att man har fått in samma historia att luta sig på.” (Läkare nr 1 s 17)

I det tidigare rondsysteem var patientsamtalen sämre med ständiga vidareberapporteringar mellan sköterskor och mellan sköterskor och undersköterskor och slutligen information till patienterna. Alla sprang runt och man visste inte riktigt till slut vem som sagt vad.

Genom att patienten klivit upp ur sängen och sitter på samma nivå som teamet, blir det rent psykologiskt ett bättre samtal. Man får en annan uppfattning av en patient som sitter. Man upplever att de allra flesta patienter inte heller har några stora bekymmer med att det är flera som deltar i samtalet, även om det kan vara känsligt. I den patientenkät som vi redovisat tidigare fick denna del lägst ”betyg”. (3.8 på en femgradig skala. Det kan därför finnas anledning att man i rondsamtalet tar upp detta och förklarar fördelarna så att patientens eventuella obehag lindras).

Rondsamtalet ställer nya krav på läkaren. I den gamla rondan kunde läkaren styra samtalet mot det som ligger inom läkarens expertområde, dvs. ett medicintekniskt fokus, av typen provsvar. Läkaren kunde känna sig trygg i sin medicinska kompetens. I Andra Ronden blir tolkningen av själva faktasvaret i en undersökning inte ett slutresultat i sig. I stället kan man röra sig från det objektiva till det subjektiva och mänskliga. Vad kan det tänkas innebära för patienten och hur patienten reagerar? Man förstår att patienten vill expandera samtalet och att läkaren vill reducera det, då läkarens tid för en enskild patient är begränsad. I det tidigare rondsysteem var det mycket lättare för läkaren att bara gå sin

väg – och eventuellt tänka att sjuksköterskor och undersköterskor får ta hand om patienternas frågor. I Andra Ronden krävs en större skicklighet i att avbryta samtalet så att både läkaren och patienten känner sig nöjda.

I det nya rondsystemet händer det oftare att patienterna gråter eftersom samtalen får en annan karaktär. Alla tycker att det kan vara obehagligt och svårt att hantera ett cancersamtal på några minuter. En handledare skulle kanske kunna hjälpa till. Läkare 1 är tydlig med att utvecklingen måste gå i riktning mot att läkarna - liksom vårdpersonalen i övrigt - måste bli mer öppna, inte vara rädda för att det kan expandera, utan t.o.m. att man kan inbjuda till det och ändå kunna hantera det på ett bra sätt.

”Genom att ha sådana samtal utvecklas vi som människor och kan därigenom möta patienten bättre. ... en strikt naturvetenskaplig syn håller nog inte i längden.”

Läkare 1 har inga problem med det utan är klar över sin egen samtalsmetodik

”... man kan till exempel gå in med olika delar i ett samtal, att man först låter patienten prata fritt och sen ställer man frågor som också ska vara öppna. Och sen, när man har hört dom så försöker man lista ut vad som är den egentliga frågan och så skriver man ned den och sen så knyter man ihop. Nu har vi fem minuter kvar nu ska vi avsluta samtalet och så.” (Läkare 1 s 15)

Både personal och patienter kan lära av läkarnas medicinska kunnande. Det underlättar utbildningen för kandidater som kan vara med och lyssna på alla överväganden.

”[Andra Ronden] är utvecklande och lärorik. Jag tror att det är väldigt givande att sitta och lyssna på diskussioner mellan överläkare och patient och med sjuksköterskekommentarer. Jag hade gillat det när jag var ny. ... Jag tror att sjuksköterskor och undersköterskor uppskattar att höra den medicinska diskussionen och förstå lite mer om bakgrunden. Jag tror att patienten blir mer utbildad om sin diagnos och sjukdom och får mer förståelse för olika behandlingar.” (Läkare nr 2 s 31)

Man menar att den viktigaste förutsättningen för att Andra Ronden ska fungera är att man inte rondar alla patienter varje dag. Morgonavstämningen när läkare och sjuksköterska prioriterar patienter är absolut nödvändig. Gör man avstämningen ordentligt blir dagen planerad för hela teamet. Planeringstavlan gör att läkaren får en betydligt bättre överblick över de patienter man är ansvarig för. Men det krävs att läkaren är ”lite organiserad” och har en känsla för att arbeta i team. Man måste vara strukturerad och göra en sak i taget i rätt ordning, t.ex. läsa på eller skriva ut patienter. Morgonavstämningen är A och O.

Läkare 2 tror att anledningen till att en del läkare struntar i morgonavstämningen kan ha att göra med att sköterskan inte är på plats när läkaren kommer. Då är det lätt hänt att läkaren sätter sig och börjar läsa på eller skriva ut, eller ... och så blir det ingen planering och då missar läkaren viktig information. Läkare 2 letar alltid upp sjuksköterskan så att man kan göra morgonavstämningen ordentligt, men misstänker att andra kan tycka att det inte ingår i deras jobb. Det kan också vara så att en del läkare är oroliga för att de ska missa något och därför rondar varje patient vare dag. Men då blir sköterskor och undersköterskor jättestressade för att de inte hinner med allt de ska göra.

Läkarna menar att tiden gott och väl räcker till om man gör den här avstämningen och prioriterar patienter, och menar att många andra tycker detsamma. För de läkare som arbetar enligt de rutiner som satts upp för Andra Ronden så tror läkare 2 t.o.m. att det sparar tid. Men det finns läkare som inte vill följa arbetsbeskrivningarna, och det är svårt att veta vad man ska göra för att få dem att göra det.

Läkare 3 är lite överraskad över att vissa sjuksköterskor är för passiva och inte vågar ta initiativ och komma med förslag vid morgonavstämningen. De vågar inte *”röra vid de här prickarna på tavlan”*. De är kanske inskolade i en passiv roll där läkaren ska ta initiativet. När man som läkare kommer på morgonen kan det vara några nya patienter som man inte vet någonting om. Då är det bra om sköterskan har tänkt till lite grann. Vilka kan gå hem. Vilka kan kanske gå hem? Vilka är sjukast och behöver vårdas först. Vilka väntar på provsvar, och kanske kan vänta? Systemet inbjuder Ssk/Usk till att man ska kunna prata om i vilken ordning man ska ta det, hur arbetsbelastningen är idag, vad sköterskan och läkaren behöver göra innan man startar rondsamtalen, Men det är ju inte alltid som läkarna är inbjudande till sådana initiativ. Här ligger gamla yrkesroller i bagaget som är svåra att ändra på.

Ett annat krav som Andra Ronden ställer på läkarna är att de måste bli mer flexibla och mer av lagspelare. I det tidigare rondsystemet kunde varje läkare bestämma hur dagens rond skulle läggas upp. Nu blir det krav på samspel i teamet, t.ex. vid morgongenomgången vid tavlan. Det är viktigt att alla är med och att man gör på samma sätt och att man prioriterar vilka patienter som ska rondas. Annars blir det rörigt och svårt för vårdpersonalen (Läkare nr 1 s 6) att planera dagen.

”Många läkare vill läsa på innan dom träffar patienten för dom har alltid jobbat så. Men för mig så finns det också en poäng i att träffa patienten utan att man har plöjt igenom all text först. För då har du bra förståelse för patienten. För mig är ju huvudsaken med Andra Ronden är att få en bättre anamnes av patienten. I och med att vi säger att 70-80% av vår diagnos bygger på anamnesen ... så måste du jobba med att anamnesen har så goda förutsättningar som möjligt.” (Läkare nr 1 s 4)

Man ser sjuksköterskor och undersköterskor som en värdefull resurs under rondandet då de bidrar med andra kunskaper om patienten.

”Undersköterskan är ju den som ser patienten bäst. Och sköterskan har ju sin koll på hur det är med måendet och underläkaren kommer med labbproverna ... Fördelen tycker jag är att man kan knyta ihop allting och avsluta när man skriver remissen. Varje roll bidrar.” (Läkare nr 1 s 4)

Det är mycket bättre nu ... när det här funkar - att man har en sköterska som är aktiv och gör sin del - så är ju det här ett rent nöje. Det kan vara hur roligt som helst att ronda på det här sättet. ... Och lika rörigt och frustrerande när det inte funkar, om det är en sköterska som bara inte har fattat grejen. Det är säkert samma sak med en doktor som inte har fattat grejen.” (Läkare nr 3 s 25)

Till följd av att läkare och sköterskor har en gemensam expedition och att man arbetar mer som ett team (t.ex. vid morgonavstämningen) har man också kommit närmare varandra. Och inte har det blivit stökigare nu än när läkarna satt tillsammans och många

sköterskor kom in och frågade hela tiden. Andra Ronden är fantastisk. Läkaren (=jag) får lov att sitta och arbeta med sjuksköterskan (och undersköterskan till viss del) och man får större förståelse för varandras arbete.

”Jag känner mig mycket mer tillfredsställd med mitt arbete, och jag får en mycket bättre kontakt med avdelningspersonalen. Nu känner jag dom till namn, det gjorde jag inte tidigare.” (Läkare 2 s 21)

I medarbetarenkäten, som vi redovisat tidigare, framkom starka önskemål om förbättrad kommunikation inom och mellan yrkesgrupper. Det kan tyckas självklart (?) att en första förutsättning är att man känner varandra till namn!

Läkarna är medvetna om att vissa överläkare inte vill arbeta enligt Andra Rondens modell. Man inser att det kan vara svårt att gå över till att arbeta med ett bredare och djupare rondsamtal. Läkarna menar att de kan vara svårt i läkargruppen att stötta dem som har svårt att exponera sig inför andra.

Andra läkare kan känna att de inte hinner läsa in sig på alla patienter innan rondens startar. Kanske vågar de inte utnyttja tiden mellan patienterna till att läsa in sig på labbsvar eller läkemedelslista. Om man känner att man måste ronda alla varje dag för att ha personlig kontroll på de patienter man har ansvar för blir det besvärligt.

Läkarna menar att sköterskorna inte vågar säga till om morgonavstämningen inte fungerar eller om man inte har något reflektionsmöte på eftermiddagen. Så över- och underordningen på det medicinska området står sig även på det arbetsorganisatoriska området. Det märks på att läkare och sköterskor inte fikar tillsammans även om de har samma fikatid. *”Det är ju en massa gamla och kanske omedvetna värderingar som ligger och skvalpar”* och det verkar vara svårt att bryta upp dem.

Överhuvudtaget finns det en stor variation mellan läkares sätt att ronda.

Läkare 2 är väl medveten om den stress som Andra Ronden kan lägga på sköterskor och undersköterskor eftersom tanken med parvård utmanas. Ju längre tid sjuksköterskan sitter i rondsamtal desto mer ensamarbete blir det för undersköterskan. Det blir då också svårt för undersköterskan att vara med i rondsamtalen. Och ju fler patienter som rondas per dag, desto mer stress blir det på avdelningspersonalen. Undersköterskorna uppskattar när de hinner vara med på rondens men kan inte låta det gå ut över omvårdnaden. Här ligger en del av förklaringen till den stress som var påtaglig enligt medarbetarenkäten.

Läkare 3 är positivt överraskad över det blir färre frågor från nattpersonalen därför att kommunikationen har blivit bättre och patienten är bättre informerad och införstådd med sin sjukdom och sin behandling på samma sätt som sköterskor och undersköterskor. Till det negativa hör att undersköterskorna inte alltid kan delta i rondsamtalen då det blir mer ensamarbete för deras del. Patienterna är mer nöjda och vårdkvaliteten har förbättrats.

Tidigare dokumenterade man daganteckningar en till två gånger i veckan. Läkarnas och sköterskornas anteckningar om medicin respektive omvårdnad var inte synkroniserade. Nu skrivs det en anteckning och en plan varje gång man rondar en patient (skrivs av läkare). *”Det är ju ett förlegat synsätt och det är som att kliva över hundra år av*

historien om man ändrar den uppdelningen.” Men det är vad Andra Ronden har åstadkommit – en gemensam anteckning som läses av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Läkare 1 betraktar det som ett genombrott, även om det kan tyckas vara en liten sak i sammanhanget.

Lokalerna är inte helt optimala då man inte kan göra alla undersökningar när patienten är sittande och det saknas en brits i rondrummet. Men enligt läkare 2 så går det att göra det vid patientens säng senare. Visst kan läkare besöka vissa patienter vid deras säng och ronda andra patienter enligt Andra Rondens rutiner. För egen del menar läkare 3 att tiden räcker till. Men det är egentligen ingen skillnad mellan det tidigare rondsystemet och Andra Ronden. De läkare som var snabba respektive långsamma då, är det även nu i Andra Ronden.

Förutom trögrörligheten i gamla värderingar och yrkesroller – t.ex. att kunna prata öppet om brister och utvecklingsmöjligheter i arbetsorganisationen - finns det två faktorer som man vill se förändringar i. De lokaler man har improviserat fram för Andra Ronden har lite av ”barackkänsla” och provisorium över sig. Det skulle vara välgörande med lokaler som är anpassade efter den nya arbetsorganisationen. Det andra är önskemål om ökad kontinuitet i bemanningen, kanske i tvåveckorsperioder, så att det blir lättare att utveckla gemensamma rutiner. Det skulle innebära att läkarnas arbete på andra områden, mottagning och akuten exempelvis, behövde schemaläggas i längre perioder, vilket nog kan stöta på en del motstånd och schemamässiga problem. Det har pratats mycket om detta men ansågs nog inte aktuellt i det korta perspektivet.

Man menar att Andra Ronden har sänkt vårdtiderna och att man har skrivit ut fler patienter före lunch.

Förändringskritiker

Bland de intervjuade läkarna framträdde en som var uttalat kritisk. Vi har redan beskrivit delar av denne läkares kritik i avsnittet ”Andra Rondens tillkomst i ett läkarperspektiv”. Där framgår att läkaren befarade att Andra Ronden skulle ta mer tid om man skulle ta in patienterna på expeditionen, framförallt om man ska ronda alla patienter. Idén om att inte ronda alla patienter varje dag var läkaren kritisk till. En läkare behöver se alla patienter varje (var)dag. Men framförallt var kritiken inriktad på att Andra Ronden var ett direktiv uppifrån - att man inre lyssnade på kritikerna – och att erfarenheterna av ”blandade” (inte ”gemensamma” som förändringsförespråkarna använder) expeditioner inte var bra.

Läkare 4 är inte helt igenom kritisk till Andra Ronden utan ser en fördel för patienten när rondan inte längre sker på fyrsal, utan enskilt. Samtidigt menar läkaren att det gick att hantera även tidigare. Man kunde göra det efter den tidigare rondan, efter det att läkarna diskuterat igenom patienterna, för att se om det var någon man behövde samtala enskilt med.

”Fördelen är ju för patienten att man slipper och gräva i sjukhistorien inför andra och visst det ser jag som en jättestor fördel men det gjorde man tidigare på det sättet att man tog det i expeditionen helt enkelt om man behövde.” (s 1)

Men det är svårt när lokalerna inte passar för Andra Ronden. Läkaren betonar att en expedition för sjuksköterskor, undersköterskor och läkare är problematisk.

”... det där innebär ju att man kan inte jobba ostört med patienter och anhöriga därför att man har personal omkring sig hela tiden. Folk springer på expeditionen ut och in, sköterskor sitter med telefonsamtal och sånt.” (s 1)

Expeditionen upplevs även som problematisk då man ska skriva hem en patient.

”... jag skriver praktiskt taget aldrig ut en patient inför andra patienter utan det är i enrum som gäller och det har ju blivit svårare nu. För då springer det personal där hela tiden. Jag kan ju inte sitta och prata med patient medan en sjuksköterska sitter två meter bort och pratar om någon annan patient i telefon.” (s 2)

Det är troligt att kritiken riktas mot att arbetet ska ske strukturerat tillsammans med patienten, sjuksköterska och undersköterska, i team, även om det inte alltid sägs rakt ut. Tidigare kunde läkaren själv avgöra när enskilda patientsamtal behövdes, utan att sjuksköterskor och undersköterskor var på plats. Man får ett intryck av att läkare 4 vänder sig mot att vårdpersonalen får för stort inflytande i rondarbetet. Ansvar för patienten ligger hos läkarprofessionen - överläkare och underläkare som team - och det kan inte läggas över på sjuksköterskor.

”För att sjuksköterskor ser mycket och en del sjuksköterskor är suveränt duktiga och ser allt men alla är inte det och det är ändå till syvende och sist så är det vårt eget ansvar, om det händer något” (s 3)

Läkaren bör också förbereda sig noggrant inför rondsamtalet. Framförallt är det viktigt att ordentligt gå igenom tidigare journalanteckningar för att förstå vad som är gjort, vad man ska göra och inte göra, och det tar tid.

”Vi ska ju gå igenom, vi ska bilda oss en uppfattning och är det något som är viktigt så är det ju att bilda sig en uppfattning när man tar hand om patienten och det är en ordentlig journalgenomgång. Det är inte bara att läsa senaste anteckning utan det är att titta bakåt, stämmer det här och vad är gjort och sen konfirmera det här med patienten.” (s 4)

”Jag måste inhämta informationen om den patienten jag ska ha ansvar för och det måste jag hämta in ifrån journaluppgifter, lablistor, röntgenundersökningar, you name it! Och patienten.” (s 21)

Läkare 4 går igenom aktuell information, patient för patient, på avdelningen för att därefter tillsammans med en läkarkollega bestämma vilka som ska rondas. Den övergripande prioritering som görs på en White board, som en del av Andra Ronden, är inget som läkaren använder sig av.

”Nä, det finns någon slags tavla, där det är tänkt att sköterskorna ska markera vilka som ska rondas, men den tittar vi aldrig på.” (s 25)

Informationen är viktig för att läkaren inför samtalet med patienten ska kunna formulera någon form av arbetshypotes, dvs. veta vilken information som saknas och vad det är

som behöver förtydligas. Arbetshypotesen pratar man sedan om med patienten i rummet. Då berättar man hur man har tänkt under utredningen och vad man (över- och underläkare) planerat att göra med medicinering och annat.

”Jag vill ha läst på innan jag träffar patienten och bildat mig en uppfattning. Jag kan inte sitta med näsan in i datorn med patienten framför mig. Det tycker jag är respektlöst.” (s 23)

Informationsinsamling är en viktig läkarsyssla. Överväganden om hur patienten ska tas om hand beskrivs också som en syssla som huvudsakligen görs av läkare. I Andra Ronden förväntas sjuksköterskan ta mer ansvar, vilket läkaren inte är någon förespråkare för.

”För vi går ju inte igenom ihop med sjuksköterskan. Visst det kan man ju tänka sig att man skulle göra nu också men jag vet inte riktigt hur det skulle se ut för vi har ju kanske inte tid att förklara varje detalj för sjuksköterskan och sjuksköterskor kan betydligt mindre när det gäller xx [ord saknas i utskrift]” (s 22)

Läkare 4 ser ändå en fördel i att alla tar del av samma information under själva rondsamtalet. Man går igenom arbetshypotesen med patienten, sjuksköterskan och undersköterskan liksom vidare steg i vårdprocessen, utredningar och medicinering. Samtidigt ifrågasätts hur stor vinsten egentligen är, jämfört med utredningarna i tidigare rondsysteem.

Det närmare samarbetet med undersköterskor och sjuksköterskor i Andra Ronden uppskattas dock genom att det ger en mer komplett bild av patientens status. Men deras roll är huvudsakligen som informationsgivare, vilket fungerade även i tidigare rondsysteem, enligt läkare 4. Men det händer ibland att sjuksköterskan reagerar på doser i medicinen - vilket läkaren upplever som suveränt och att det finns flera ögon som ser.

”Dom är jättebra. Absolut kanonbra undersköterska. Dom vet ju att vi vill ha information från dom och dom kommer med information också.”(s 20)

Man får ett intryck av att läkare 4, tillsammans med läkarkollegor, gör saker för patienterna snarare än tillsammans med patienterna. Ett exempel som anförs är att Andra Ronden har gjort det svårare att tala med sjuksköterskan eller undersköterskan, utan att patienten är med. Ibland vill man som läkare få information som man inte vill ta i patientens närvaro. Läkaren förklarar att det kan vara bra att få vårdpersonalens uppfattning, eftersom de är så observanta, utan att de behöver ta hänsyn till patienterna och kanske oroas dem. Läkare 4 gör sin plikt och uppfyller vissa kriterier för att undvika eventuella konflikter, väl medveten om att det finns beslut från verksamhetsledningen om att Andra Ronden gäller.

”Jag försöker arbeta på ett sätt så att jag kan ta vara på sekretessen så mycket jag kan, jag uppfyller det här påbudet (skratt) och jag försöker göra det till något vettigt medicinskt, som samtidigt gör att jag någorlunda hinner med mitt arbete.” (s 20)

För läkare 4 verkar lokalfrågan vara mest central med en separat läkarexpedition för ökad arbetsro som det viktigaste förbättringsförslaget. Det kan verka oproblematiskt och högst rimligt. Men det kan också tolkas som att läkare 4 gärna ser att rondarbetet fortsätter att vara styrt av den enskilde läkaren. Då behövs inte något utökat teamarbete och läkaren behöver inte anpassa sin rondpraktik. Vårdpersonalens uppgift är att serva läkaren med den medicinska information som behövs samt att de genomför de ordinationer som utfärdas. Även patienten ses huvudsakligen som en informationsgivare. Läkaren kan inneha huvudrollen som pålitlig, ansvarstagande och engagerad expert som vet vad som behöver göras.

Några övriga läkarröster

Vi har intervjuat tretton läkare. I de två förra avsnitten har vi redovisat hur fyra av de mer erfarna ser på Andra Ronden som praktik. I vårt urval var det tre stycken som var tydligt positiva och en som var tydligt negativ. Det verkar som om det i urvalet finns en övervikt för läkare som är positiva till det förändrade sättet att ronda.¹⁵ Det kan man förstå av medarbetarenkäten (frågorna/påståendena 9, 10, 15 och 17). I det här avsnittet låter vi några av de nio övriga framträda, inte minst några mindre erfarna läkare. Några av dem berättar om andra läkare som varit motståndare till det nya sättet att ronda, men vi har valt att fokusera de intervjuades egna erfarenheter och utsagor.

Att ta del av en patients rörelsemönster framförs som en ny och kompletterande kunskap om patientens tillstånd. Det bidrar till en mer nyanserad bedömning. Flera förklarar att det är ett slags detektivarbete att komma fram till diagnos och behandling. Arbetet utgår från läkarens bedömning av patientens berättelse om sitt tillstånd, kompletterat med resultatet av olika biomedicinska mätningar och prover. I intervjuerna framkommer att Andra Ronden har skapat bättre förutsättningar för detta.

Andra Ronden ger också förutsättningar för ett mer givande samtal, både för läkaren och för patienten jämfört med den traditionella rondan. Att patienten tar sig upp från sängen gör att man beskriver sin sjukdom annorlunda och att läkaren ser hur patienten rör sig.

”... det är viktig information många gånger när det gäller de äldre. Har dom balans, är de andfådda? Hur ser dom ut i ansiktet, vilken hållning har dom? Riskerar dom att snubbla?” (Läkare nr 9 s 22)

Eftersom både läkare och patient för rondsamtalen sittandes har Andra Ronden tagit bort den traditionella över- och underordningen som förkroppsligades genom att patienten låg och läkaren stod under rondsamtalen. Det uttrycks som att läkarna nu ser och hör patienten bättre.

”Patienterna upplever ju att dom får ett eget forum på ett helt annat sätt än att man passerar förbi dom på rondan. Patienterna vågar mera ställa sina frågor. Dom sitter

¹⁵ Urvalet gjordes av kliniken efter vår önskan om spridning mellan positiva, kritiska, erfarna och oerfarna läkare. När vi läser texten kan vi ibland uppleva att den ger en väl positiv bild. Vi hoppas att det ändå framgår att det funnits såväl kritik som ett betydande motstånd mot Andra Ronden. I medarbetarenkäten, som besvarades av elva överläkare, svarade exempelvis två stycken att man upplevt Andra Ronden som en försämring (fråga nio).

där och har sin stund. Jag tror att jag får en bättre anamnes när jag ställer mina frågor och jag tror att dom vågar ställa sina egna frågor. Jag får liksom mer information för mina beslut helt enkelt. ...Det blir mera självklart att liksom ta ordentlig tid för anamnesen och anamnesen är ju på något vis grunden i hela vår verksamhet. Sen får jag massa information ibland av vissa patienter, som jag inte tycker mig behöva (skratt) som tar en massa tid och då blir det besvärligt. ” (Läkare nr 10 s 28)

För den sängliggande patienten är det svårt att kommunicera under pågående rond, men för en patient som sitter i en stol mitt emot läkaren skapas nya förutsättningar för samtal. Det skapar nya utmaningar för läkarna.

”Skulle jag vara patient i en fyrasal så vet jag att nu går han till mig, så går han till nästa och så går han till nästa. Där är det liksom på nåt sätt outtalat att varje patient får en liten kort stund. Men om man tas in i ett separat rum, så plötsligt, ja men då är det en läkare som har tid för mig, och då har ju patienterna tusen-miljarder frågor som man ska ha svar på och då är det svårt att ibland hinna, för man har ju jätligt ont om tid tyvärr, och verkligen få fram det som är aktuellt, det är svårt.” (Läkare nr 6 s 10)

Den rondansvariga överläkaren riskerar att under samtalet uppvisa kunskapsluckor framför patienten, medarbetare och yngre kollegor. Tidigare har det alltid funnits en möjlighet att snegla på klockan, lätt mumlande hasta vidare till nästa säng och vid tillfälle läsa på eller konsultera en kollega om en patients tillstånd.

Det är inte alla läkare som berättar att man själv tyckt det varit jobbigt att föra rondsamtal inför ”publik”. Däremot påpekar man att andra läkare tycker så.

Förbättrad sekretess för patienterna är en grundläggande tanke i Andra Ronden. En erfaren läkare exemplifierar hur det nya arbetssättet plötsligt har blivit norm och hur det känns obekvämt när han någon gång rondar enligt tidigare modell:

”Jag har rondat i hela mitt liv.... Jag märker själv att jag nu har svårt att ronda på 4-sal. Jag bromsas i mitt samtal med patienten av att det ligger flera andra och lyssnar. Jag förstår inte hur vi förut vågade tala om så känsliga saker inför de andra patienterna.” (Läkare nr 13 s 10)

Den här läkaren betonar, liksom flera andra, betydelsen av att under rondsamtalet hjälpa patienten att förstå vad det är som vården försöker göra och även ge patienten möjlighet att direkt få svar på viktiga frågor.

”Jag har fått bättre möjlighet att hjälpa patienten förstå varför de är hos oss och vad det är som vi försöker göra. Jag brukar fråga: ’vet du varför du är här?’ Och då kanske patienten svarar: ’det är något med hjärtat. De säger att jag har flimmer’. Då brukar jag fråga: ’vet du vad flimmer är?’ Det är så stor skillnad på vad en patient vet, men genom att tala med dem i enrum så kan jag bättre styra vilken information respektive patient har behov av. Och så får de möjlighet att direkt ställa frågor.” (Läkare nr 13 s 9)

En återkommande uppfattning är att det handlar om respekt och värdighet och att patientens perspektiv framhävs. Andra Ronden har skapat möjlighet att föra ett samtal mellan två vuxna människor. Det hierarkiska avståndet mellan läkare och patient har reducerats. Patienten träder fram mer som person, subjekt och människa än vad läkarna har upplevt genom tidigare ronderfarenheter.

"... genom att ha det här rondsystemet så har man ändå förutsättning för att det ska bli bättre möte. Man träffar patienter hela tiden, det är ju en stor del utav ens jobb, och då är det ju bra om man kan försöka och se till att det blir så bra möte som möjligt. Det tycker jag ändå att man försöker göra med det här systemet." (Läkare nr 8 s 18)

"... det måste vara väsentligt mycket bättre för patienterna. Vi har ju nästan aldrig tid att informera dom. Här är ju ett uppenbart tydligt tillfälle att träffa dom rejält en gång, om man uttrycker det så. För att man inte ska få missuppfattningar och klargjort vad är tanken och vad har hänt. Det är ju framför allt patientens integritet också jag tänker på, jag menar på en fyrasal, och stå och prata om vissa saker det är inte alltid ultimt. Så där är det skitbra på ren svenska." (Läkare nr 6 s 2)

Den här läkaren är ambivalent till om det förra sättet att ronda var bättre eller inte men lutar åt att det gamla vore bättre eftersom man då själv kan styra och ge patienten den tid som behövs.

Många läkare menar att antalet frågor från patienten efter rondan eller på natten eller från anhöriga väsentligen har reducerats. Det verkar alltså som om patienterna har fått en ökad förståelse för vad som sker under vårdbesöket.

De flesta människor har en relation till ordet rond, även de som inte arbetat eller legat på sjukhus. Inom sjukvården finns en lång tradition av hur rondarbetet ska gå till. Tradition och kultur underlättar vår vardag genom att förse oss med färdiga tanke- och handlingsmönster. Genomgripande förändringar, såsom Andra Ronden, hotar den trygghet som traditionen ger. Här är några exempel på sådana utsagor:

"Detta med att rondan ska ta en förmiddag ligger djupt. Och på den här kliniken ligger det dessutom två dagar i veckan lunchmöte som börjar kl. 12.30 och då ska du ha ätit klart. Så det är inte så att du kan dra över på lunchen onsdagar och fredagar för då får du ingen lunch för du förväntas vara på mötet kl. 12.30." (Läkare nr 10 s 35)

Historiskt har varje läkare kunnat forma sitt eget sätt att ronda. Eftersom det inte funnits någon gemensam struktur så har vårdpersonalen vant sig att anpassa sig till den enskilda läkarens sätt att ronda. Därigenom får läkaren inte någon återkoppling på individuella egenheter. Det bekräftar att det sätt som den enskilda läkaren rondar på är normalt och välfungerande.

"Andra Ronden är ett väldigt uppstyrt system som inte riktigt ger utrymme för att själv bestämma hur man ska jobba. Och faktum är ju att liksom doktorer är väldigt olika, jobbar väldigt olika och har i alla tider rondat på väldigt olika sätt. Och här på något vis förväntas alla gå in i samma mall. Och det kanske inte passar alla riktigt att nu förväntas du göra så här, punkt slut. Sen är vi ju väldigt olika i hur mycket kontrollbehov vi har. Jag vet ju att det finns kollegor som går upp och börjar ronda

utan att ha läst på. Det funkar inte för mig för jag blir bara stressad. Jag upplever det väldigt, väldigt jobbigt att ronda oförberedd.” (Läkare nr 10 s 3)

Det är lätt att förstå vilken kraftfull intervention Andra Ronden utgjort. Rondsystemet formas till en struktur som ger begränsat utrymme att själv bestämma hur man ska jobba. Alla förväntas följa en gemensam struktur, vilket är både ovanligt och nytt i rondarbetet. Hur de intervjuade läkarna ser på detta varierar stort.

”... vissa överläkare vill ju gå igenom alla. Men inte stanna kvar och göra sin del av avdelningsarbetet. Dom vill ju göra allting snabbt och sen lämna resten med avdelningsläkaren. Överläkare har ju annat. Dom vill ju gå. Då fallerar ju hela idén med detta.” (Läkare nr 5 s 15)

Att arbeta i team

Många läkare betonar betydelsen av att Andra Ronden bygger på att läkare, sjuksköterska och undersköterska tillsammans träffar patienten. Det skapar en grund för välinformerade patienter, men också att informationen från omvårdnadspersonalen verkligen behövs för att man som läkare ska kunna fatta väl informerade beslut. Det handlar om att alla har hört samma sak och det lägger grunden för en mer välfungerande vård.

”Genom att sjuksköterskor och undersköterskor har varit med på rondan så kan de mer förstå hur det är tänkt med patienten och då kan de lättare möta frågor från patienten och anhöriga. Allt sägs i samma rum och alla hör det. Det kan vara att en undersköterska bättre förstår varför det är extra viktigt att komma upp ur sängen. Men det kan också vara så att en sjuksköterska efter en stund undrar varför jag inte skrivit remissen för röntgen, som jag hade glömt bort. Så det är tryggare vård på flera sätt.” (Läkare nr 13 s 3)

”Det blir ett bättre jobb tillsammans, det blir bättre samarbete. Man vet vad som är planen, vad gör du, vad gör jag, vad gör vi idag. Hur mår patienterna och har vi fångat upp allting. Och i och med att alla vet vad som händer och sker så går ju ofta saker och ting lite smidigare. Det går snabbare och det känns som att man får en mycket bättre helhetsbild, vilket gör det roligare och bättre för patienten också så klart. Plus också då att det känns som att patienten tycker att det är mycket bättre jämfört med hur det har varit innan. För det blir ju på ett annat sätt om man blir mer jämställt när man pratar med patienten. Det blir att man verkligen ser hela patienten. Det känns så. Eller det blir lättare att man gör det.” (Läkare nr 8 s 25)

Läkarna menar att det är ovanligt att dela expedition med sjuksköterska och undersköterska. Tidigare har det varit ett ständigt jagande efter varandra, men eftersom det nu är bestämt från början att allihop ska sitta tillsammans så blir det enklare att informera varandra.

”Vi jobbar gemensamt för patienten, men man är på något sätt milsvitt ifrån varandra ändå, såsom strukturen har sett ut genom alla år. Med Andra Ronden är det helt annorlunda.” (Läkare nr 10 s 30)

”... det är ju positivt och gör ju att man jobbar mer och mer ihop. Och bara det att man sitter i samma rum, det går ju ganska bra det är inte många som klagar på. Men bara det är ju ett jättestort steg ... som det står på datorerna 'this computer should only be used by doctors'. ... Hon [= den kvinnliga eldsjelen] har inte kunnat bryta den här väggen mellan läkare och sköterskor trots att hon har jobbat med detta hela sitt arbetsliv.” (Läkare nr 1 s 6)

Många berättar om positiva erfarenheter och en ökad vi-känsla när man jobbar nära varandra. Förståelsen för varandras arbetsuppgifter har ökat liksom tilliten. Och det blir lättare att jobba eftersom man lär känna dem man arbetar tillsammans med.

*”Överlag så känns det som att det blivit mer fokus på att man ska jobba i team just med tanke på patienten. Men det blir ju lättare att jobba för man lär ju känna varandra bättre, vem man jobbar med och hur dom funkar och vad dom kan och inte kan. **Och vad jag kan och inte kan.** Dom får ju veta det också så klart. Så det blir ju ömsesidigt. Trivselen på avdelningen har också förbättrats, det blir bättre liksom när man fikar. ” (Läkare nr 8 s 33)*

Genom teamarbetet blir informationen mer komplett. Saker som patienten har talat med sjuksköterskan eller undersköterskan om kommer naturligt fram också till läkaren under Andra Ronden.

”Man träffar patienten gemensamt och jag säger mitt och sköterskan får in med sitt och det blir lättare att få en hel bild, om det är nånting som dom har pratat om under kvällen eller nå't som inte har kommit fram till mig. Och man får fram saker på ett naturligt sätt då. Att sköterskan kan säga att ja, men vi pratade om det här igår. Istället för att jag säger att sköterskan sa att.” (Läkare nr 7 s 11)

Det finns också läkare som uttrycker en besvikelse på att sjuksköterskor och undersköterskor inte tar tillräckligt mycket plats och verkligen uttrycker sina perspektiv under rondsamtalen.

”Det ställer också krav vid rondtillfället, att om det är så att man som sköterska eller undersköterska vill säga nånting eller tänker på nånting, så är det ju viktigt att man för fram det. Och ibland kan jag tycka att dom är lite för passiva.” (Läkare nr 11 s 8)

Sjuksköterskor och undersköterskor

Andra Ronden ställer ökade krav på samordning

Andra Ronden har medfört att professionernas arbetsuppgifter på avdelningarna har blivit mer sammankopplade både i tiden och i rummet. Tidigare tilläts många av arbetsuppgifterna vara endast sekventiellt beroende. Sjuksköterskor, undersköterskor och läkare kunde utföra flera av sina uppgifter frikopplade från varandra. Givetvis kunde man bli störd och avbruten av andra när akuta behov av information, råd eller beslut uppstod. I det tidigare rondsystemet, då endast läkaren gick runt till patienterna, startade rondens senare, kanske framåt 10.30. Då hade sköterskorna och undersköterskorna fått upp alla patienter. Parvården fungerade (bättre då än nu) och läkarna hade hunnit läsa på om

patienterna. Och sedan kunde man vara färdig med rondandet vid lunchtid. Efter lunch kunde läkarna ägna sig åt andra arbetsuppgifter.

När läkaren under rondan fattade medicinska beslut, exempelvis om provtagning, medicinering eller utskrivning, fick sköterskor och undersköterskor genomföra besluten först efter det att rondan avslutats. Det innebar ett sekventiellt vidaretransporterande från läkare, via sköterskor till undersköterskor, patienter och andra berörda, men också att undersköterskornas kunskaper om patienternas tillstånd inte kommunicerades till läkarna. Det var också svårt att besvara många frågor från patienterna eftersom vårdpersonalen inte hade deltagit i rondan.

”Det här till exempel att patienten kommer in på expeditionen, det kräver ju inte så mycket av samarbete egentligen. Men däremot när vi sitter tillsammans och pratar med patienten och har med läkaren och undersköterskorna och sjuksköterskorna så kräver det mycket mera. Det krävs väldigt mycket mera det här med samordning. Det krävs att man har... tid, om alla nu ska vara med.” (Ssk nr 17 s 2)

Idén om att man ska ”göra färdigt” arbetet med en patient, innan man går vidare till nästa, är en del av det nya rondsystemet. Tidigare sekventiellt organiserade arbetsuppgifter måste då utföras samtidigt. Det ställer ökade krav på samplanering. Om flera arbetsuppgifter utförs parallellt - eller i en annan sekvens - kan helheten bli färdig tidigare.

Läkarprofessionens traditionella autonomi i medicinska frågor, deras höga status och arbete på många olika ställen, har medfört att autonomin av många uppfattas som att också gälla arbetsorganisatoriska frågor. Det nya rondsystemet utmanar föreställningen om läkarprofessionens arbetsorganisatoriska autonomi. Samtidigt verkar sjuksköterskorna vara överens om att läkarkåren till stor del är ovetande och oförstående om hur vårdpersonalens arbete organiseras.

”Vet läkarna överhuvudtaget om att vi arbetar med parvård?”

”Jag har en känsla av att läkaren har dålig uppfattning om hur mycket vi gör. En ordination tar tre sekunder att göra. Men att verkställa den kanske tar 30 minuter. Och det ser inte läkaren.” (Ssk nr 17 s 7)

Erfarenhetsmässigt har man kommit fram till att det kan vara bra att ha en fast tid för när avstämningen vid planeringstavlan ska ske. Innan dess bör sjuksköterskorna ha hunnit med att ta reda på patienternas tillstånd och också ha delat ut mediciner. Så småningom har tiden för avstämning fastställts till 08.45. Därefter kan man bestämma när man ska ta in den första patienten. Med fler patienter behöver läkarna mer tid för att läsa på. Om några patienter ska skrivas ut innan rondan startar så tar det också läkartid. Under tiden kan vårdpersonalen göra morgonarbetet färdigt eller förbereda för de patienter som ska rondas. För sjuksköterskans del handlar det mycket om patienternas mediciner.

Enligt någon sjuksköterska skulle ”fem minuter” mellan patienterna underlätta för dem att göra färdigt i stället för att behöva skriva upp en lång lista och göra det efter lunch. Det kan gälla medicinjusteringar för patienten eller att kunna ringa dietisten. För att ringa

eller söka personer räcker dock normalt inte fem minuter till, eftersom man inte vet om man får tag på den man söker eller hur långt samtalet blir.

Om för mycket arbete skjuts framöver måste i värsta fall en del ”dagarbete” lämnas över till kvällspasset som enbart är bemannat för vanlig omvårdnad av patienterna.

Nattsköterskorna upplever också att eftersläpningar från dagpasset gör kvällarna rörigare. För att fem minuter mellan patienterna, som är meningsfulla för sjuksköterskorna, också skulle vara det för läkarna, måste det finnas arbete även för dem, exempelvis att signera, eller att läsa på om de patienter som ska rondas härnäst. Men det innebär att kravet på samplanering ökar och att man är överens om behovet.

Det är uppenbart att införandet av det nya rondsystemet får arbetsorganisatoriska konsekvenser som är svåra att förutse. Därför måste man hantera dem successivt när man upptäcker dem. Tidigare strukturer, rutiner och handlingsmönster kan behöva ersättas.

En fråga som har diskuterats för att kunna leva upp till Andra Rondens idé om att göra färdigt är att man har fyra vårdlag på dagtid på avdelningen i stället för tre. Idén är två läkarteam rondar två vårdlag vid skilda tider. I ett kommande avsnitt om RUT-gruppens arbete efter införandet framgår att klinikledningen under hösten 2012 börjat konsekvensutreda om det är möjligt. Det är önskvärt men ses som en besvärlig fråga, både lokal- och schema/bemanningsmässigt. Det skulle ge vårdpersonalen färre patienter och minska stressen. För vårdpersonalen skulle det nog vara mycket bättre men för en läkare mycket sämre, eftersom det blir fler patienter för dem. Men

”... att det är för många patienter per sjuksköterska och undersköterska tror jag ingen säger emot.” (Ssk nr 18 s 25) ”Om man hade haft mer pengar så kunde man ha mindre grupper. Så hade du haft fem sex patienter så hade det inte varit något problem. Men så funkade det ju inte i verkligheten” (Ssk nr 19 s 12-13).

Men det behöver inte handla om nya arbetsformer, schema- och bemanningslösningar, utan det kan gälla ganska enkla frågor. Ibland växer lösningar fram genom att man prövar sig fram och diskuterar olika förslag.

Ett exempel är idén om att man ska ha en gemensam dokumentation, t.ex. rondanteckning. Vad det betydde i praktiken var dock inte klart. Vem skulle skriva och när? Skulle någon av läkarna göra det och skulle det i så fall ske under själva rondsamtalen, eller skulle det ske under skiftet mellan patienterna? Om vissa läkare tycker att man inte hinner utan att man ”får göra det sen” så kan det hända att sköterskorna funderar om de ska skriva. Men vad ska de skriva? Under en period så fungerade det här inte särskilt bra, vilket bl.a. nattsköterskorna kunde notera (Ssk nr 19 s 10) när det inte fanns några anteckningar på flera dagar som man kan behöva för att veta vad man ska göra med patienten. Så småningom har det vuxit fram en ny praxis (Ssk nr 19 s 10-11, 14; Ssk nr 20 s 7, 11-13).

Läkarna har tagit på sig skrivandet, vilket verkar rimligt när det gäller medicinska frågor, och så kan sköterskorna komplettera med omvårdnadsaspekter. Det här är en svårare fråga än vad man som lekman kan föreställa sig. Begreppet ”rondanteckning” kan inte användas eftersom läkare saknar behörighet att skriva under denna rubrik. Det används

av sjuksköterskorna i samband med medicinska beslut, ordinationer, etc. även vid tider då det inte är rond.

Utskrivningar bör kunna göras tidigare under dagen

Till det man ville uppnå med Andra Ronden hör att utskrivningarna av patienter skulle ske tidigare på dagen, helst före kl. tolv. Tidigare gjordes det rutinmässigt på eftermiddagen trots att det fanns patienter på akuten som väntade sedan morgonen.

Ofta måste sjuksköterskan påminna läkaren/läkarna om utskrivningar (Ssk nr 20 s 15-16).

”Läkarna smyger oftast in och börjar läsa på. Då måste man ju alltid påpeka att den här patienten ska du skriva ut. Och det ska du göra nu. För det är väldigt svårt att komma ihåg. Dom vill läsa på alla patienter först och sen göra nå't annat. Inte skriva ut patienter.

Nej, men vi måste prata med patienten.

Jaha, men det gjorde ni ju igår. Kan ni inte bara gå och säga hejdå och tack för oss och såhär?”

Nej, men då ska patienten tas in. Och så ska man diskutera 'vill du åka hem och ja det bestämde vi igår. Ja vad bra och så. Ja då kan gå till din säng så kommer jag och pratar med dig sen'. Och sen betyder då alltså efter lunch. ... Men ibland tar dom liksom samtal och alltihopa direkt och då kan jag göra mitt arbete med patienten samtidigt. Jag kan klippa ID band, jag kan säga liksom att, ja behöver du taxi eller behöver du si eller så. Då slipper jag vänta på att läkaren efter lunch ska gå och prata med patienten för att jag sen ska kunna göra mina grejer. Så allting går väldigt mycket smidigare då.” (Ssk nr 14 s 10-11)

Andelen utskrivningar före lunch låg innan Andra Ronden på ca 15 %. Man satte upp som mål att det borde vara 50 %. År 2011 nådde man 30 % utskrivna patienter som också lämnat avdelningen före lunch, vilket ändå är en fördubbling.

”Att vi ändå inte nått målet kan både förklaras av en viss avmattning i att följa tänkta rondrutiner och att det ofta faller på själva transporten från sjukhuset, som kan bli sen eftersom man väntar in anhöriga, färdtjänst etc.” (Verksamhetsberättelse för Medicinkliniken 2011, s 8)

Det kan verka självklart att patienterna ska slippa ligga länge på akuten. På avdelningarna ändras planeringsförutsättningarna om patienter skrivs ut tidigt och nya patienter tas emot runt lunchtid. Till det positiva hör att det är högre bemanning dagtid som kan ta emot en ny patient. Till det negativa hör att det är mycket som ska ske just kl. tolv, t.ex. mat och mediciner, liksom även lunch för personalen. Det är mycket administrativt arbete som ska göras. Kanske andra personalkategorier, såsom sekreterare och undersköterskor, skulle kunna göra det, men då måste även deras arbetsuppgifter omplaneras. De nya patienternas sjukdomstillstånd och vårdbehov varierar stort. Ju sjukare inkommande patienter är, desto större momentan omplanering krävs av sjuksköterskans arbete. *”Män i femtioårsåldern med hjärtinfarkt, som sköter sig själva, är inga problem.”* Det nya rondsystemet får således konsekvenser för vårdpersonalen utöver själva rondandet.

”... (suck) Förut så hade vi ju i princip aldrig några utskrivningar före lunch. Det hanns ju inte med. För efter dom hade gått runt och vi hade rondat alla då var det ju lunch, och vi gjorde alltid hemgångarna efter lunch och det var också en stor anledning till att vi försökte, vi måste göra en ändring. För vi hade liksom så många dubbelpatienter på samma säng, dom som fortfarande inte hade gått hem men som skulle gå. Och dom som kom. Och sen var det såna praktiska saker med maten. Om vi har beställt 25 portioner och vi har 30 personer här, för att dom som ska gå hem vill ha mat innan dom går. Och dom nya som kommer ifrån akuten är jättehungriga. Så det var därför vi också började med att vi måste börja skriva ut tidigare. Vi kan inte ha den här krocken. ... Vissa dagar är det ju fantastiskt och folk går verkligen hem och det märker man ju direkt. ... [andra dagar] går folk och vandrar i korridoren: ‘när kommer doktorn och när ska jag bli utskriven? Dröjer det länge? Har dom glömt av mig?’ ... Mmm.”(Usk nr 23 s 17)

Även undersköterskornas arbete påverkas direkt av uteblivna utskrivningar av patienter på morgonen.

”Många gånger hade man kunnat skriva ut dom direkt. Och när det händer så blir ju hela dagen mycket smidigare. Då vet jag ju vilken tid som patienten kommer att gå, och oftast blir dom hämtade eller har en bil själv. På fem minuter, så är allting klart och då står ju ett rum där sen till nästa, det är ju väldigt mycket smidigare.... Och att få hem patienter som ska hem var en väldigt stor anledning till vi började med Andra Ronden. För att vi skulle få flytet, [måste man] börja i den änden så vi vet vilka tomma sängar vi har...” (Usk nr 23 s 9)

Prioriteringar av patienter för att avdelningsarbetet ska fungera

Andra Ronden fungerar inte som det är tänkt om man rondar för många patienter på en och samma dag. Välmotiverade prioriteringar av vilka patienter som rondas först (*”dom patienter där man ser att vi måste göra förändringar, så man får tid att lösa det”*) skulle öka effektiviteten. Att inte ronda alla patienter varje dag verkar således vara den enskilt största tänkbara källan till tidsbesparingar och därmed avgörande för om Andra Rondens filosofi ska kunna tillämpas och fungera.

Hur många och vilka patienter man rondar en viss dag varierar mellan läkare. En del vill se alla sina patienter varje dag för att verkligen känna att man kan ta det medicinska ansvaret för dem. Andra har inga svårigheter att lita på andras bedömningar, både kollegors och erfarna sjuksköterskors, så som det kommer till uttryck både muntligt och skriftligt i patientjournalerna, men också beroende på att de är trygga i sin yrkesroll och litar på sin erfarenhet, känsla och intuition. Även sjuksköterskans yrkesskicklighet, erfarenhet, självförtroende, argumentationsförmåga, villighet och mod att komma med förslag om vilka patienter som bör rondas, och i vilken ordning, påverkar utfallet.

Både arbetsorganisatoriska och medicinska bedömningsgrunder är inblandade. Det kan vara känsligt om sjuksköterskan trampar in för mycket på läkarnas medicinska domän, eller om läkarna upplever att deras autonomi hotas och att de inte själva får bestämma i vilken ordning de vill ta sig an sina arbetsuppgifter.

”Jag kan vara lite orolig ibland över detta, att man styr upp genomgången för mycket på morgonen när läkaren kommer. Som det var tidigare så gick ju läkaren från säng till säng och tittade på alla patienter. Men nu kanske man säger att den här patienten behöver du inte ta in idag, men det kan ju vara så att läkaren tycker att jag vill se på den här patienten. Och då känns det lite som att man har styrt upp någonting som kanske inte ligger inom ens eget yrkesansvar.” (Ssk nr 17 s 17)

”... med vissa doktorer kan man, men andra så blir det lätt så att man trampar dom på tårna. Jag ska inte säga till hur dom ska sköta ... när du ska utföra dina arbetsuppgifter. Men det känns lite dumt när patienten sitter där att säga till; ’ja men ta och skriv ut nu då och gör klart’, så säger man inte. Så det är ju också en lite känslig fråga (skratt). Jag är ju inne på nån annans domän om jag ska tala om hur läkaren ska göra sitt jobb.” (Usk nr 23 s 9)

En del läkare är inte så noga med prioriteringsordningen, eftersom man vill runda de flesta patienterna. En del sjuksköterskor reagerar inte mot det, även om rondan tar någon halvtimme längre. Då tar man heller inte så många initiativ själv vid morgonavstämningen. Det gör heller inte så mycket vad som står på planeringstavlan – när man ändå har sina egna anteckningar. (nr 16 s 15, 16, 23) Däremot kan det upplevas som viktigt att tavlan stämmer när man själv ska gå av sitt arbetspass. Andra sjuksköterskor menar att tavlan är viktig (t.ex. Ssk nr 20 s 10). Om exempelvis helgpersonalen har färgmarkerat att patienten väntar på en provtagning eller röntgen så bör man kunna vänta med rondandet tills svaren har kommit. Många sjuksköterskor förstår dock att läkare vill träffa alla nya patienter (ex. vis. Ssk nr 19 s 18)

”Det kan ju hända att du har en patient som du inte har träffat på måndag morgon. Och det är klart att då kanske du ändå vill skaffa dig en bild av patienten innan patienten ska gå. Och jag tror inte det är enkelt som läkare heller. Absolut inte.”

men menar att läkaren skulle kunna göra det på egen hand, efter de prioriterade patienterna, eventuellt på eftermiddagen. Men om läkarna inte förstår de arbetsorganisatoriska effekterna, utan bara ser på sin egen arbetssituation, kan sådana argument vara svåra att få gehör för.

Om man rondar för många, hinner inte sjuksköterskorna med sitt omvårdnadsarbete på avdelningen. Det kan räcka med att man har någon dålig patient på avdelningen.

”Det är en sjuksköterska (jag) och en undersköterska som ska ha hand om alla patienterna. Och har vi då en eller två halvdåliga patienter och kanske en jättedålig då räcker inte undersköterskan till. Och då blir det att man får springa istället. Så jag kan inte delegera över ansvaret för den patienten till någon medan jag går in och rondar de andra. Och tar jag mer tid på någon patient så tar jag tid från alla andra. Och då måste jag jobba ikapp. Och då hinner jag inte med i det nya rondsystemet. Då får resten ta nästa patient själva för att jag måste göra nånting annat. Det kan ju vara ett lungödem där man behöver stå och suga, eller det kan vara läkemedel som ska ges en gång i kvarten.” (Ssk nr 14 s 17)

”Jag kan uppleva [stressen] som sjuksköterska att det ibland inte fungerar alls för att det är alldeles för sjuka patienter och att jag inte kan sitta till klockan tolv på ändan och ge nå'n bara patientsamtal. För att då sitter vi där till tolv-halvett. Sen ska man försöka ha lunch och sen kommer allting som en sjuksköterska ska göra. Då ska jag

duka fram för olika undersökningar, jag ska ta hand om prover, jag ska sätta nålar, jag ska ge (mediciner?), ... Rondarbetet är ju bara en del av allt vad jag gör. Och jag upplever att det är för många patienter per sjuksköterska när det är så multisjuka patienter. Jag kan ju ha nio patienter som ensam sjuksköterska. Det kan ju vara liksom vara hundra piller att dela ut. Och injektioner - så det blir lite pressat med tiden.” (Ssk nr 18 s 8-9)

Med för många rondade patienter per dag fungerar inte Parvården. Under en tidigare period hade man en uppdelning på innesjuksköterska och utesjuksköterska vilket innebar en fördelning mellan ansvar för arbetsuppgifter som planering, sociala aspekter, planering, rond och läkemedel och arbete ute i omvårdnaden. Läkarnas behov och intresse av att ha längre patientsamtal – eller oförmåga att balansera behovet av medicinskt relevant information med patientens önskan om att få prata om sin sociala situation – motverkar den tidigare beslutade parvårdsorganisationen.

”Många sjuksköterskor känner sig som att man drar åt olika håll hela tiden. Du kan sitta på rondan och känna dig stressad för att ett samtal kanske varar 10-20 minuter när jag har så mycket att göra och så vet man att man borde vara därute eftersom vi har parvård. Så ska du vara med i omvårdnaden och det är ju jättesvårt när du ska ronda hela förmiddagen. Det blir så konstig struktur på det hela. Det blir rörigt.” (Ssk nr 19 s 12-13)

De två ”löpare/springare”, en sjuksköterska och en undersköterska som man har infört på varje avdelning (Ssk nr 20 s 18), blir då ibland otillräckliga för flexibiliteten och förmågan att hantera de variationer i arbetsbehov som uppstår. Samtidigt blir kontinuiteten för patienterna sämre.

En tydlig effekt av Andra Rondan har blivit att undersköterskorna fått mer ensamarbete. Och även om man inte rondar alla patienter varje dag så har undersköterskorna ofta ont om tid att vara med under rondsamtalen. Undersköterskan väljer, eller snarare tvingas, att inte vara med för att det är så mycket att göra på avdelningen. Och om de sitter med, upplever de bara stress, även om de gärna vill vara med på rondsamtalet. Därmed kvarstår behovet av vidarerapportering från sjuksköterska till undersköterska om vad som sagts under rondan.

”Och ibland kan det bli stressande om man säger att man har väldigt mycket att göra när du har en doktor som har den personligheten att det ska gå långsamt. 'Här ska vi inte skynda på.' Då blir det en stressreaktion hos mig. Just i det läget kanske inte jag har så mycket att tillföra det här samtalet. Och vad gör jag här, jag borde egentligen vara där. Och då blir det en dubbel stress att jag tycker att jag bara sitter. Men jag är väldigt ”görig” av mig. Jag gillar att göra saker, jag går fort och pratar fort. Så det är ju individuellt ”(Ssk nr 18 s 15-16)

Många läkare ser inga problem med det, enligt denna sjuksköterska, men det kräver nog att det görs med en viss känsla för när det är läge att göra det. Även undersköterskorna, som gärna vill vara med på rondan därför att det underlättar deras arbete, känner av den här stressen av att inte hinna med patienternas omvårdnad. Därför tvingas man ofta avstå

från att vara med på rondan. En tydlig skillnad för undersköterskorna är att patienterna har mindre frågor efter det nya rondsystemet. Det är bara en bråkdel följdfrågor jämfört med sängkantsrondandets. (Usk nr 23 s 18)

Läkarkompetensen påverkar hur väl Andra Ronden kan fungera

Hur meningsfullt det är att genomföra rondan enligt det nya systemet är också avhängigt vilken läkarkompetens som är på plats. För många medicinska beslut kan det krävas överläkarkompetens. Antingen är en överläkare på plats eller tillgänglig för konsultation under rondsamtalen. Det senare låter sig ofta inte göras, utan det får ske senare. Det får då återverkningar på avdelningsarbetet.

Men det finns också skillnader mellan läkare som kommit lika långt i sin medicinska kompetensutveckling.

”Det finns jättebra underläkare som kan fatta beslut och som är helt pålästa. Sen finns det vissa underläkare som inte vågar ta beslut i någonting, vare det sig det är lättare medicinjustering eller vad det nu kan vara. Och då blir det tufft. (Ssk nr 14 s 14)

Andra Ronden fungerar väldigt bra när man har bra kompetens på läkarsidan. Då får man ett väldigt bra flyt i arbetet, även om det är mycket att göra. Det blir inget flyt när:

”... [läkarna] vill invänta beslut. Och det finns inget värre än att inte få några besked. Utan man säger att det här ska jag prata med min överläkare om. Det blir inte bra för mig. Det blir massvis med frågetecken då. Och så kommer kanske svar först på eftermiddagen. Och då är det inte jag som tar hand om frågetecknen utan då är det min kollega som gör kvällspasset.” (Ssk nr 17 s 18-19)

”Så har man två doktorer som båda är lite sega är det ingen bra kombination.” (Ssk nr 18 s 19)

Men det blir flyt när man har en plan, när man kan verkställa och utföra sina arbetsuppgifter. För att det ska bli så menar många att det måste finnas en överläkare på plats, annars fallerar systemet.

”Och det är om man inte har någon överläkare på varje grupp tycker jag. För om man har en överläkare, då tas alla beslut med en gång. Då får man diskutera med patienten. Men läkarbemanningen är inte optimal och det är väldigt mycket som ändå inte blir klart. Du kan ta in en patient på R, men egentligen så kan inte läkarna [alltid] ge några besked heller, för att det ska kollas upp med kardiolog och det ska kollas upp med neurolog och... Och det är ju självklart att dom vill ha stöd liksom en underläkare, det är ju förståeligt tycker jag. Men då fallerar det, för att då blir det ju ingenting som blir klart där på förmiddagen. Det blir väldigt mycket som ska redas i på eftermiddagen om alla beslut och alla ordinationer kommer då. Så de timmar man har en överläkare som är på plats så fungerar det väldigt, väldigt mycket bättre.” (Ssk nr 18 s 9)

”Sjuksköterskorna är totalberoende av läkarna. Och den dagen det inte finns överläkare då kan det gå en hel dag att bara vänta på ett beslut. Ska han gå hem, ska han inte?... Det är mycket frustration för sjuksköterskorna därför att man måste ha ett beslut så att man kan dra igång det här sociala och ringa hemtjänst och ...” (Ssk nr 19 s 14)

Måndagar är lite speciella eftersom det kan ha kommit in nya patienter under helgen (upp till hälften kan vara nya patienter) (Ssk nr 15 s 3) och det kan vara personal som inte arbetade på fredagen/helgen. Normalt är heller inga hemgångar inplanerade även om man kan göra det innan rondandet. På måndagar rondas ofta samtliga patienter, särskilt om det är en ny läkare som inte har träffat dem. Om en läkare vill träffa alla patienter enligt det nya rondsystemet varje dag och dessutom vill bli klar innan lunch så får man hålla ett högt tempo. Om dessutom överläkaren bara är med på förmiddagarna (måndagar, onsdagar och fredagar har överläkarna eftermiddagsmottagning) tillsammans med en ovan underläkare, så är det inte säkert att denne vill träffa patienten på eftermiddagen, eftersom de inte anser sig på egen hand kunna fatta beslut. I sådana lägen blir det svårt att leva upp till idén om att ”göra färdigt”. Det gäller även om det behöver tas kontakt med andra kliniker/läkare (exempelvis infektion eller neurologi). (Ssk nr 20 s 14)

Vi beskriver längre fram i texten att klinikledningen vill schemalägga överläkare på avdelningarna varje vardag. Tillgång till överläkare även på tisdagar och torsdagar måste, av sjuksköterskornas beskrivning ovan, göra avdelningsarbetet effektivare och minska stressen. Att det är många som känt stress- inte bara sjuksköterskor – framgår av medarbetarenkäten i januari 2012 där 40 % upplevde Andra Rondan som ett stressfullt moment i arbetet och 50 % - en mycket hög andel – känt olustig stress den senaste veckan.

Sjuksköterskorna förväntar sig medicinska beslut från läkarna och blir besvikna och irriterade när läkarna inte kan eller vill bestämma sig. Samtidigt förväntar sig nog läkarna att sjuksköterskor och undersköterskor ska anpassa sig – inte bara medicinskt – utan också arbetsorganisatoriskt. Det kan även vara så att många läkare inte förstår eller vill ta till sig att förändringar i det egna arbetssättet skulle gagna patienterna genom att sjuksköterskor och undersköterskor får bättre möjligheter att göra sitt jobb.

Vårdpersonalens underordning är delvis empatisk. Många förstår att läkarna har mycket att göra och att de skulle behöva stöd för att fungera annorlunda. Man blir då benägen att själv ta obehag arbetsmässigt för att inte störa läkarna.

Svårigheter att kommunicera med läkarna

I Andra Rondens koncept finns en idé om att rondteamet ska göra en kort reflektion under eftermiddagen om hur rondarbetet har fungerat under dagen. Det sker sällan. Det är lättare för vårdpersonalen att uttala sig när samarbetet har fungerat bra och arbetet har flutit på, än det är när det fungerat mindre bra. Eftermiddagsreflektionen är svår att få till när alla ”springer och försvinner från avdelningen”. Alla vill gå hem och man orkar inte ge sig in i en diskussion som man inte vet hur den slutar. Samtidigt vet man ju inte när teamet ska arbeta tillsammans nästa gång. Vi har efter det att intervjuerna gjordes, sett hur man försökt slå samman eftermiddagsronden med överlämningen till kvällspasset, då det kunde vara naturligt att inleda med en kort reflektion kring dagens arbete. Lösningen prövades men bedömdes inte fungera.

Över- och underordningen hindrar en diskussion om teamets sätt att arbeta en given dag. Det gäller exempelvis sjuksköterskornas behov av att få fem minuter mellan patienterna.

”Att vi som sköterskor måste säga till att nu måste jag ha fem minuter för jag måste se till den här patienten. Men man gör inte det, och det vet jag ju inte varför. Om det är nå'n slags hierarkirädsla eller vad det är. Men på nå't sätt finns det kvar en rädsla att prata öppet med varandra. Vi har ju inte samarbetat på detta sättet tidigare. Vi känner inte varandra lika bra som vi sköterskor och undersköterskor känner varandra.” (Ssk nr 14 s 13)

Även om sköterskorna har pratat med varandra om detta och hur viktigt det är att man vågar säga till, så är det svårt att göra. Det blir lätt att man anpassar sig till hur de olika läkarna vill arbeta.

”Vi har många bra läkare på medicin som inte är främmande för att en sjuksköterska säger att jag tycker vi ska... - Oj, va bra att du sa det! -. Sen är det här alltid personkemi, man jobbar bättre med vissa liksom. Så är det ju alltid. ... Många undersköterskor tycker ju också att många doktorer liksom lyssnar på dom och att dom har nåt viktigt att säga. Sen finns det undantag. Vissa är bedrövliga ska jag rentav säga.” (Ssk nr 18 s 22)

”Vissa sjuksköterskor som är inte så erfarna vågar kanske inte säga till läkaren vad han ska göra eller inte göra. Och även att om läkaren kommer som ny och inte är så insatt i Andra Ronden, så det är det ju inte säkert att alla sjuksköterskor talar om att såhär ska vi göra. Det gör man kanske inte heller. Utan då försöker man anpassa sig till vad läkaren håller på med istället. ... Vissa läkare accepterar inte att en sjuksköterska säger till dom vad dom ska göra eller inte göra. Och då kan dom slå bakut och säga att du ska väl inte tala om för mig vad jag ska ordinera. Men vissa läkare tycker, ja men det är jättebra, då sätter jag in det här så kan du ge det. Så det är mer personligt. Där väl en stor skillnad om vilken behandling patienten ska ha och om sjuksköterskan skulle säga att det här är vårt arbetssätt på avdelningen, det har vi bestämt på vår avdelning..? Jo men då kan läkaren tycka att så kan inte jag jobba. Det kan ju inte du säga till mig. Vissa läkare tycker absolut att de har rätt att jobba som de vill helt enkelt.” (Ssk nr 19 s 20)

Det är svårt för erfarna sjuksköterskor att ifrågasätta ordinationer från läkare vars kunskap man inte litar på. Samtidigt kan man uttala sina funderingar till överläkare som man litar på och som man har lätt att kommunicera med. För att kunna ta upp frågor som har med arbetsorganisationen att göra kan sköterskorna behöva hitta strategier som inte utmanar läkaren, exempelvis att skoja om hur mycket klockan är, eller att nu måste jag äta lunch, eller... Strategierna blir olika beroende både på vilken läkare det är och vilken slags frågor det gäller:

”Men dom jag inte litar på - då känner jag att jag är osäker med dig och du är nog väldigt osäker på att vara här. Men jag tror nog att jag låter dig göra som du vill för då känner du dig trygg och så kan jag anpassa mig för att jag känner till det här. Skulle jag se att det är något jättefel med ordinationer och såna saker så uttrycker jag ju det på ett mera vänligt sätt, men med rondsystemet så låter jag nog dom vara. Alltså då gör vi som du vill idag. Och sen ja så får det bli som det blir. Och om gäller patientvården så säger jag nog till allihop. Då spelar det ingen roll vem det är.” (Ssk nr 14 s 16)

För att underlätta för underläkare – ”som ju ändå är här för att lära sig” – har vissa sjuksköterskor utvecklat andra strategier. En kan vara att de frågor man har bör man ta upp redan på morgonen. ”Hur ska jag göra med det här och det här?” Då får underläkaren en möjlighet att diskutera det. Det är bättre än att frågorna kommer upp sent på dagen.

Övergripande aspekter

En undersköterska (nr 23 s 4) menade

”det är suveränt med varsin expedition. Jag vet exakt var jag ska leta efter min sköterska; jag vet min doktor; är han där så är det bara att fråga. Jag stör ingen annan och det borde vara bättre även för dom.”

Vad borde läkarna tycka om Andra Ronden enligt sjuksköterskorna?

”Och på något sätt så kan jag tycka att läkarna måste ju tycka att det här är fantastiskt ... Det är ju faktiskt vi som inte alltid tycker det är fantastiskt när vi sliter häcken av oss och blir väldigt stressade över att vi inte tycker att det fungerar, inga beslut och så. Dom sitter ju fint därinne och vi hämtar in patienten. Alla professioner är där ... det är bara en så'n känsla jag har att det här borde ju var drömmen för en läkare men inte alltid drömmen för oss, för det tar lite lång tid ibland. Och det kan ta väldigt lång tid med samtal. Man får ju vara rätt strukturerad, har du nio patienter så kan man ju inte sitta med en patient i 35 minuter liksom, det funkar ju inte riktigt då fallerar ju hela körschemat.” (Ssk nr 18 s 12)

En annan sjuksköterska menar att för att det nya rondsystemet ska bli bra

”... måste man vilja också, Man måste tycka att det är ett bra system. Man måste tro på tankarna och det tror jag inte alla gör.” (Ssk nr 20 s 16)

Det tyder på en insikt om att det inte går att på förhand i detalj utforma ett system som fungerar direkt. Man måste vara beredd att pröva på och att successivt lära sig och förbättra systemet. Alvesson och Svantesson (2008) menar att den här typen av förändringar (=organisationskulturförändringar) inte kan beslutas av ledningen och sedan ”bockas av” när man fattat beslutet. I stället måste de finnas på dagordningen under lång tid. Det här kan man kalla för erfarenhetsbaserat lärande. Man lär genom att göra och pröva nytt och behåller det som fungerar. Det går inte att på förhand planera för och identifiera alla problem och konsekvenser.

Eftersom förutsättningarna varierar kraftigt kan de team som ska sköta rondarbetet enligt Andra Rondens principer:

- inte standardiseras eftersom både uppgifter och kompetenser varierar stort från dag till dag. Enhetliga rutiner av den typ som kan dokumenteras i manualer och checklistor som ska följas (jämför t.ex. på kärnkraftverk eller flight deck (flygplan)) är inte möjliga eftersom det måste finnas en flexibilitet i teamet.

- inte själva utveckla rutiner som alla känner till och accepterar - till följd av bristande kontinuitet i bemanningen. Teamen är temporära och man hinner inte lära känna varandra för att utveckla rutiner just för det team som arbetar en given dag. Då kan man inte heller medvetet och öppet fråga dem och improvisera när sådana behov uppstår.

Men någon form av planerad samordning kan behövas för att patientsäkerhet, vårdkvalitet och resurseffektivitet ska kunna utvecklas. Kanske behöver man stöd av en rutin som innebär att man i teamet måste komma överens om ”Vad är det som gäller idag? Vilken typ av rond gör vi idag? Vem gör vad? Hur gör vi med ... Kan vi ronda några prioriterade patienter enligt Andra Ronden och att läkaren går runt till övriga?” Kanske ska det vara ett uttalat ansvar för läkaren och att man i teamet följer upp hur rutinen följs? En sådan rutin skulle vara kongruent med den medicinska över- och underordning som finns mellan läkare och sjuksköterskor, men förmodligen möta stort motstånd från en del läkare. I ett kommande avsnitt om RUT-gruppens arbete efter införandet beskrivs ett embryo till en sådan rutin när man försöker se till att undersköterskan är med vid morgonavstämningen och att man då *bestämmer* vilka rondsamtal som undersköterskan kan vara med på. Men det framgår inte vems ansvar det är att så sker.

De två vårdenhetscheferna

Sjuk- och undersköterskorna på de två avdelningarna har varsin chef. Båda är sjuksköterskor. I allt väsentligt delar de sjuksköterskornas uppfattningar om exempelvis ökad vårdtyngd och arbetsbelastning, varierande kompetens och kännedom om rutinerna på avdelningen hos läkarna, liksom om rutiner som inte följs och omedvetenhet om sjuksköterskornas arbetssituation. De menar att Andra Ronden är bra för patienterna. De beklagar att undersköterskorna inte kan delta i rondsamtalen och att ensamarbetet har ökat. De är tydliga med att fyra vårdlag, där man rondar två åt gången, vore önskvärt, men förstår samtidigt att det är svårt att få till eftersom det skulle innebära en ökad belastning på läkarna. De är inte heller säkra på att det är möjligt med den bemanningssituation man har – läkarschemat - och de förstår också att det kräver förändringar i hur läkarnas andra arbetsuppgifter, t.ex. mottagning, organiseras. De ser också tydligt behovet av förändrad schemaläggning för att få ökad kontinuitet både i arbetsrelationerna och till skilda patientgrupper. Men även här ser man stora problem med att få till stånd den typen av arbetsorganisationsförändringar som skulle göra det möjligt att leva upp till alla ideal som finns i Andra Ronden. Vårdenhetscheferna delar sköterskornas uppfattning att det är svårt även i vardagen att ta upp arbetsorganisatoriska frågor med läkarna.

Klinikledningsmöten

Vi har även tagit del av klinikledningens mötesanteckningar för 2010 och 2011 för att se hur man där hanterat Andra Ronden. Eftersom RUT-gruppen får mandat att fatta egna beslut är det endast undantagsvis som frågor diskuteras enligt klinikledningens mötesanteckningar. Det är mest informationsärenden. Men en klinikledning har många andra ärenden på sitt bord. När man skriver om en enskild fråga som Andra Ronden är

det lätt att man glömmer bort att klinikledningen har många andra frågor att hantera. Vi vill bara helt kort påminna om det. Under det första halvåret 2011 är det tre stora och återkommande frågor som dominerar, med överbeläggningarna som en stor besvärlig fråga:

1. **Ekonomi** såsom överproduktion och ekonomiunderskott, DRG-poäng, analyser, utvecklingstendenser, delårsrapporter, handlingsplaner; Budget och verksamhetsplan, effektiviseringskrav 1 %, prioriteringar; investeringar.
2. **Bemannings- och organisationsfrågor** t.ex. överläkarfördelning; överläkare mer sammanhållna avdelningsscheman, samplanering, subspecialitetsplanering; arbetsbeskrivningar för Andra Ronden bl.a., mottagningen, sekretariatet, remisshantering, labbsvar, diverse rutiner, schemaläggning – behov av bättre system (Samplanering och minimibemanning), sommarplanering, Tf. verksamhetschef from ¼ då ordinarie är tjänstledig, vårdenhetsöverläkare. Flytta på mottagningens 11-tid (pga. rondarbete mån, ons, fre). Överbeläggningar (10 första dagarna 2011 handlade det om ca 15 patienter per dag dvs. 30 % överbeläggning); vitesförlägganden från Arbetsmiljöverket, rondning av medicinpatienter på kirurgen.
3. **Personal** (rekrytering, sjukfrånvaro, vikariat, arbetsmiljö, ofrivilliga deltider, arbetsskador, löneöversyn) Personalkläder - egen regi eller inte?

Det är ju klassiska chefsfrågor som läkarna ofta kallar för ”administration” och som tar mycket tid. Men det handlar också om frågor som läkarkåren har mer sympati för (förutom en del frågor i de tre kategorierna ovan som har med resurser till det egna verksamhetsområdet) såsom:

- Medicinska förändringar (verksamheter, behandlingar, läkemedel)
- Kandidater/läkarstudenter till kliniken? ST-utbildning
- Medverkan i sjukhusgemensamma verksamhetsutvecklingsprojekt
- Klinikdagar, planering, genomförande, utvärdering.
- Vårdgarantin – lägesrapporter, bl.a. brist på läkartider - vad krävs? Prioriteringar. Återbesök. Valfrihet i vården.

Och en del övrigt:

- Klinikledningens utvecklingsdagar
- Ny patientsäkerhetslag (och övriga säkerhetsfrågor för patienter och personal, handlingsplaner)
- Åtgärder med anledning av Nationella patientenkäten
- AFA-enkät – handlingsplaner

Vi har också tagit del av protokollen från den lokala samverkansgruppen för 2010-2012, mest för att kunna tidsbestämma när olika frågor tagits upp.

RUT-gruppens arbete efter införandet

Under det första året – och även under det andra och ibland även tredje året efter starten – är det många rutiner som inte fungerar. Vi beskriver några återkommande teman som ventileras i RUT-gruppen. I tidigare avsnitt har vi redovisat resultatet från medarbetarenkäten samt våra intervjuer (november 2011 – januari 2012) hur läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdenhetschefer har upplevt Andra Ronden under det första året. De synpunkter som framkommer i dem stämmer överens med de ärenden och frågor som RUT-gruppen försöker hantera. Utifrån RUT-gruppens mötesanteckningar kan vi inte i detalj redovisa hur gruppen hanterar alla frågor. Det skulle kräva en ingående kännedom som vi saknar. Däremot anger vi ungefärliga tidpunkter när det ser ut som en viss fråga skulle kunna få en acceptabel lösning. Därigenom kan vi förstå varför det behövs lång tid för att få Andra Ronden att fungera fullt ut. Vi kan också få en känsla av hur komplex sjukvårdens vardag är på en medicinklinik genom att antyda vissa detaljer och genom att visa att man ofta får konstatera att tänkta lösningar inte fungerar.

En av anledningarna till att rutinerna inte följs verkar vara den ökande patienttillströmningen och den därmed ökande arbetsbelastningen. Det är ju inte RUT-gruppens arbete att hantera de många överbeläggningarna, eller att man vissa tider inte har full läkarbemannning. De frågorna har legat på klinikledningen. Vi har noterat att man under 2013 diskuterar att lösa överbelägningsproblemen genom åtta vårdplatser på kirurgkliniken och genom att schemalägga läkare för det.

Man vill även försöka att hantera problemen med att schemalägga överläkare på avdelningarna fem dagar i veckan, jämfört med mån+ons+fre som man haft tidigare. Vi vet inte riktigt vilka schemamässiga omprioriteringar som måste till för att det ska låta sig göras. Med ökad överläkarbemannning bör rondarbetet också fungera bättre. Då kan man kanske skriva ut fler patienter före kl. 12.00 och få kortare vårdtider. I så fall skulle det kunna lösa en del av överbelägningsproblemen. Men schemaomläggningar utan ökad läkarbemannning kan möjligen lösa några av avdelningsproblemen, sannolikt på bekostnad av nya problem i andra verksamheter.

Under sommaren 2012 beslutar klinikledningen att man under hösten ska ha några möten med en utökad RUT-grupp. De två vårdenhetscheferna, bitr. verksamhetschef och ytterligare några representanter från de olika professionerna deltar. Anledningen är att man ska bereda och konsekvensutreda förslag om fyra vårdlag dagtid på avd. 7 som ett sätt att hantera stressen och den höga arbetsbelastningen. Det är en komplicerad fråga som inte låter sig testas i liten skala då det påverkar hela avdelningen, inte minst schemamässigt. Samtidigt kan man se det som en förändring av arbetsorganisationen som förmodligen skulle få rondarbetet att fungera bättre. Men hindren verkar vara väldigt stora.

Gemensam reflektion

Generellt handlar RUT-gruppens arbete om att många inte följer rutinerna och hur man bäst ska hantera det. Besvärligast verkar det vara att åstadkomma den gemensamma reflektionen i teamet om hur dagens (rond)arbete har fungerat. RUT-gruppen menar, även när den här texten skrivs, att daglig reflektion, även om det bara blir några minuter, är en viktig del om man ska få avdelningsarbetet att fungera väl. Många har angett att det är väldigt bra **när** man genomfört sådana reflektioner. Det här har varit en följetong i RUT-gruppens arbete, där man anför bristande kommunikation mellan framförallt läkare och sjuksköterskor när det inte fungerar. Man menar att det ligger någonting i hierarkiska skillnader som gör att framförallt sjuksköterskorna inte vågar påpeka för läkarna att man borde följa de beslutade arbetsrutinerna. De här kommunikationsproblemen framgår av de intervjuer vi gjort med såväl läkare som med sjuksköterskor.

Under rubriken **Reflektioner** i anteckningarna från RUT-mötet 2012-12-06, dvs. drygt två år efter införandet, finner vi följande funderingar:

”Varför får vi inte till reflektioner?

Vi samtar kring varför vi inte får till dessa korta möten.

Roller och ansvarsområden.

Hierarkier!!

Tidsbrist

Struktur

Vågar vi säga vad vi känner över professionerna?

Vi är alla en del av kulturen ...

Är vi rädda för varandra? Vad gör vi åt det?

Vem ska leda rondsamtalen?

Läkare bör nog göra detta, och patienten förväntar sig det

Läk. bör stämma av med usk och ssk i slutet av rondsamtalen för att få med hela bilden

Kontinuitet !!!!”

Det andas en viss (temporär) uppgivenhet över det hela. Det verkar behövas starkare mediciner än att RUT-medlemmarna själva försöker agera goda exempel men också tar upp i sina respektive yrkesgrupper om vad som vore bra för rondarbetet och vilka rutiner som ska gälla. Utropstecknen efter ”kontinuitet” kan nog ses som ett önskat tillstånd som man inte bedömer som realistiskt.

RUT-gruppen vill under 2013 pröva en idé som kanske skulle kunna fungera. Efter två testcykler på ett av teamen i oktober-november 2012 och februari 2013 bestämmer man att man ska låta eftermiddagsronden och överlämningen till kvällspasset (sjuksköterskor och undersköterskor) ske i en gemensam eftermiddagsavstämning. Detta ska prövas under året och utvärderas i december 2013. Realiseringen av idén sägs vara en effekt av samlokaliseringen av läkare och sjuksköterskor och den bättre kommunikationen mellan dem. (Vi känner igen idén ifrån våra intervjuer.) Läkare och sjuksköterska genomför således en kombinerad eftermiddagsrond och rapport till kvällspersonalen.

Undersköterskan är med i början då dagens team kort kan reflektera över hur arbetet fungerat, vilket kvällspersonalen får ta del av. Testcykeln från februari visar att eftermiddagsrond, rapportering och reflektion, allt inbakat i ett, spar cirka 20 minuter. Ett bra/naturligt sätt att prata och diskutera alla professioner emellan, knyta ihop påsen. Inte envägs utan två-trevägs kommunikation.

Försöket underlättas när man bestämmer att båda avdelningarna ska börja vid samma tid, kl. 13.45. Men utvärderingen i slutet på 2013 finner, sammanfattningsvis, att de negativa aspekterna överväger de positiva. Man beslutar därför att inte gå vidare med förfarandet. I stället föreslår RUT-gruppen att man kl. 15.00 på respektive vårdstation startar med en kort reflektion och eftermiddagsrond då både dag- och kvällspersonal är närvarande. Man betonar att fördelarna kan vara bättre planering och framförhållning för patientens vård.

Morgonavstämningen

Även morgonavstämningen och prioriteringen av patienter som ska rondas, och därmed också planeringen av avdelningens arbete, är svårt att få till. Ett skäl är att det kommer nya medarbetare/hyrläkare och att introduktionen av dem inte alltid fungerar. RUT-gruppens medlemmar tar det på sitt ansvar och utbildar och informerar i sina respektive yrkesgrupper. Men det handlar också om att en del läkare vill se alla patienter, eller att man inte har en bestämd tid när man träffas, varför sköterskorna inte är på plats. I RUT-anteckningarna från ett septembermöte 2012 framgår att man bestämt att morgonavstämningen ska äga rum kl. 08.45, vilket också verkar fungera, åtminstone för en tid (mötesanteckningar 12-10-06 då man konstaterar att *"Det fungerar bra och alla är överens om att det är enklare att få till morgonavstämningen samt att man slipper leta efter varandra."*). För att underlätta introduktionen av ny personal beslutar RUT-gruppen att man ska spela in en kort film, vilken även läggs ut på Youtube.

(<http://www.youtube.com/watch?v=o4uD4stBtZo>).

Gemensam rondanteckning

En annan fråga som RUT-gruppen arbetar med är gemensam rondanteckning. Tidigare bestod rondanteckningen av två delar, läkarens "daganteckning" och sjuksköterskans "rondanteckning". Patientjournalerna upplevdes som oöverskådliga och ofta alltför omfattande. Dubbeldokumentation förekom. Både läkare och sköterskor dokumenterade medicinska uppgifter, ibland därför att läkaren dikterade och diktaten skrevs ut så sent så att vårdpersonalen inte skulle ha några uppgifter om inte sjuksköterskan också skrev. I Andra Ronden ville man ersätta de två delarna med en gemensam. Osäkerheten är inledningsvis stor om vem som ska svara för denna dokumentation, men praxis utvecklas så att det är en läkare som skriver, men att sjuksköterskan kan komplettera. Ofta sker det efter rondan så att alla ska kunna delta i rondsamtalen. På RUT-mötet 12-03-06 konstaterar man att läkaren är ansvarig, men att det inte alltid fungerar.

Man har löst problemet (möte 11-06-14) med hur man ska få in den gemensamma anteckningen i det datoriserade journalsystemet. Den ska göras genom att använda "anteckning" som rubrik i Melior och inte "daganteckning" eller "rondanteckning". Under den nya rubriken kan både läkare och sjuksköterskor dokumentera. Det innebär att

man inte behöver söka under olika rubriker för att läsa patientens journal. Frågan är så komplex att verksamhetsutvecklaren, i en kurs "Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling 30hp, CVU/Chalmers" skriver ett projektarbete "Gemensam journalanteckning" 2012-01-27 med litteraturgenomgång och eget granskningsarbete av hur det har hanterats i Andra Ronden. I sammanfattningen konstateras:

"... att dubbeldokumentationen kring rondanteckningarna i stort sett är borta, rondanteckningarna är tydligare och mer överskådliga och personalen är nöjd med denna förändring." (Demming, 2012)

"Tillägg 2012-06-01: I utvärdering framkommer att personalen är mycket nöjda med en gemensam rondanteckning. Både läkare och sjuksköterskor beskriver att det är enklare och mer överskådligt nu att läsa journalen och om det sker förändringar under dagen eller tas nya beslut skriver man även detta i samma rondanteckning men under en ny flik. Jag blev överraskad av att denna, till synes lilla och ganska enkla förändring, i det stora hela, upplevs som en sådan positiv förbättring." (Demming, 2012, s 12)

Övriga frågor

Höstmötena 2012 handlar också om att få mindre störningar på rondrummen. De skyltar man sätter upp med texten "Rondsamtal pågår. Stör ej!" plockas inte alltid bort efter rondsamtalen. Därmed minskar också respekten för dem. Man bestämmer sig för att montera in titthål i dörrarna för att få mer störningsfria samtal. Plötsligt så blir störningarna kraftigt reducerade!

Eftersom undersköterskorna har haft svårt att medverka i rondsamtalen pga. hög arbetsbelastning har man under hösten 2012, och även tidigare, mätt hur ofta undersköterskorna är med på morgonavstämning och rond. Det visar sig att undersköterskan ofta är med. Men RUT-gruppen har högre ambitioner och menar att det är viktigt att undersköterskan är med på morgonavstämningen. Under 2013 försöker man se till att undersköterskan är med vid morgonavstämningen och att man då *bestämmer* vilka rondsamtal som undersköterskan kan vara med på.

En ny arbetsbeskrivning för Andra Ronden

Klinikledningen finner anledning att 12-06-14 sammanfatta läget i en arbetsbeskrivning för Andra Ronden och hur man bör jobba vidare. Vi återger den nedan som en sammanfattning av hur långt arbetet kommit med att få Andra Ronden att fungera som det var tänkt.

Andra Ronden – Hur vi jobbar vidare och blir ännu bättre

Efter år av diskussioner och tester ändrade vi ronden på avd 7 och 8 i november 2010. Efter månader av utvärdering har vi fått fram vilka delar som fungerar bra och vad som behöver förbättras.

Rondsamtal i enskilt rum

Patienten blir mer delaktig och sekretessen kan hållas. Personalen slipper rapportera till varandra då alla är med och hör samma sak. Risken för missförstånd har minskat och det blir färre frågor från patienterna efter ronden, och om det finns frågor kan även undersköterskan svara. Ökade tillfällen för lärande, både för personal och för patienten.

Behov av förbättring:

Närvaro av undersköterskor på ronden

Ostörd miljö under rondsamtalen

Gemensam rondanteckning

Dubbeldokumentationen kring ronden har minskat och det har blivit tydligare att läsa journalen och mer överskådligt. Läkaren ansvarar för rondsamtalen men även sjuksköterskan kan skriva. Om det tillkommer ny information under dagen förs detta in under samma anteckning med ny tidpunkt och signatur.

Planering och framförhållning

Planeringstavlan underlättar översikten och att man sitter på samma vårdstation gör att samarbetet har förbättrats och man försöker ha framförhållning.

Behov av förbättring:

Vi behöver bli bättre på att ha en tydlig och dokumenterad plan och förbereda för nästa dag och inför hemgång.

En patient – en gång. Att göra klart allt så långt det går innan man börjar med nästa patient.

Jämnare flöde

Innan Andra Ronden gick ca 15 % av våra patienter hem före kl. 12 och nu är siffran runt 32 % men målet är fortfarande att 50 % lämnar avdelningen före kl. 12:00. Detta för att nå ett jämnare flöde samt bättre kunna bereda plats för nya, sjuka patienter.

Behov av förbättring:

Med bättre planering och kommunikation bör vi kunna nå en jämnare arbetsbelastning.

Morgonavstämning och reflektion

En av fördelarna med Andra Ronden är flexibiliteten - man kan planera dagens arbete utefter de behov som finns just nu hos våra patienter, vilket kan ändra sig från dag till dag. Det viktiga är att alla patienter blir ordentligt genomgångna – inte att det sker på förmiddagen. Detta utnyttjas sällan och för att kunna utnyttja detta fullt ut behöver kommunikationen mellan professionerna förbättras.

Behov av förbättring:

Närvaro av undersköterskor och överläkare på morgonavstämning med gemensam planering av dagens arbete. I alla förändringsarbeten behövs kontinuerlig, gemensam reflektion kring det som sker, vad som inte fungerar och hur man kan åtgärda.

Kommentar: Rubrikerna ”Planering och framförhållning” och ”Jämnare flöde” hänger intimt samman. Om man från början gör en trovärdig och realistisk plan för patientens vård skulle man också tidigt kunna förbereda för patientens hemgång. Om vårdplanen är realistisk behöver man inte vänta med de sista stegen (planering för utskrivning och hemgång) tills de tidigare stegen är avklarade utan man kan förbereda dem parallellt med andra vårdsteg. I sådana fall kan vårdtiden kortas och avdelningsläkaren kan skriva ut patienten så snart de tidigare stegen är avklarade – enligt plan. Om vårdtiderna kortas får det positiva effekter på överbeläggningarna. Förmodligen skulle även det kräva en annan arbetsorganisation, t.ex. att man hade någon sjuksköterska (koordinator, social samordnare) som arbetade med detta. Vi vet att man tidigare hade en uppdelning (inne- och utesjuksköterska) där den ena hade just den arbetsuppgiften, men det ändrades när man införde idén med parvård. Från några sjuksköterskor har man nämnt att en sådan uppdelning skulle vara önskvärd, men att det troligen skulle kräva ökad bemanning. Vi tar upp det här för att betona att man kan behöva utveckla Andra Ronden både genom att få medarbetarna att inom ramen för den existerande arbetsorganisationen följa de rutiner som bestämts, och genom att förändra arbetsorganisationen.

Sammanfattning av arbetet med att införa Andra Ronden

Utvecklingen av Andra Ronden var informellt och kollegialt initierat och drevs av två överläkare (högsta positionerna inom högstatusprofessionen) i en multiprofessionell organisation. Inledningsvis drivs det enbart inom den egna professionen, men tas upp och behandlas separat bland avdelningspersonalen Efter beslut av klinikledningen att den nya rondstrukturen ska införas, formas en tvärprofessionell grupp för införandet och för ständiga förbättringar. Där hanteras det i linje med modern teori och praktik för ständiga förbättringar (Genombrottsmetoden). I övrigt är det en begränsad medverkan av klinikledningen i de kollegiala diskussionerna - precis som det brukar vara i professionella organisationer. De träder in när det krävs resurser, t.ex. ombyggnad, och formellt beslut om att man ska ändra sättet att ronda. Projektet övergår till att bli ledningsstyrt när de båda eldsjälarna ingår i ledningen som verksamhetschef, biträdande verksamhetschef och vårdenhetsöverläkare. Men även då verkar det som om ledningen agerar mer som kollegor än som chefer.

Förändringen drivs utan avsatta projektmedel med den egna personalen och utan (extern) konsultstöd. Det finns ett visst utbyte med interna stabspositioner för metodstöd. Språkbruket blir därigenom begripligt för medarbetarna. Inget tal om Lean, BPR eller annat utifrån kommande konsultspråk.

Den tvärprofessionella RUT-gruppen kan efter många diskussioner formulera de rutiner som krävs, men finner det svårt att få medarbetarna att följa dem. De fullgör sin uppgift enligt den arbetsmetodik som Genombrottsmetoden står för. Medlemmarna agerar som rollförebilder, utbildare och informatörer till sina respektive yrkesgrupper. De håller fast vid de principer och mål som formulerats för Andra Ronden. De ger inte upp utan arbetar hängivet och oförtrutet vidare, även om det ibland går trögt och långsamt med många omtagningar. Det tar flera år av upprepade försök, påminnelser och omtagningar. Även

om de har mandat att fatta beslut, så har de inte den makt och befogenheter som en klinikledning har. Ökad patienttillströmning, överbeläggningar, tidvis läkarbrist med bristande bemanning, hyrläkare och schemaproblem försvårar införandet. Lokalerna är heller inte på något sätt optimala i förhållande till Andra Rondens koncept. Den här typen av faktorer ligger utanför vårt forskningsintresse - hur olika medarbetare förstår och hanterar ett förändringsinitiativ. Men under förändringsarbetet är sådana faktorer ständigt aktuella. Motståndare kan då använda dem som argument även om deras skäl kan vara av annan karaktär.

Ett stort problem är att läkare och övrig vårdpersonal inte samplaneras. Det medför att varje dag är det ett nytt team som ska arbeta tillsammans. Det ger ingen kontinuitet i de personella relationerna, vilket hindrar den flexibilitet och fria kommunikation som är nödvändig för att Andra Ronden ska fungera riktigt bra. Efter det att Andra Ronden har fått ordentligt fotfäste på kliniken behålls RUT-gruppen för allmänt förbättringsarbete.

Eftersom läkarna är högstatusprofessionen i kraft av sin biomedicinska kompetens innebär det en överordning i förhållande till sjuk- och undersköterskor. Denna över- och underordning spiller över på arbetsorganisatoriska frågor. Men eftersom sådana frågor traditionellt har uppfattats av läkarkåren som "busy work" i förhållande till det kliniska arbetet finns det inget större intresse av att engagera sig i sådana frågor (se exempelvis Snell m.fl., 2011; Lindgren m.fl., 2012), såvida det inte är tydliggjort att det ingår i uppdraget som läkare och att det ges tid och resurser till det. Men det fanns ingen sådan överenskommelse på medicinkliniken. I stället verkar läkarengagemanget ha varit informellt och frivilligt.¹⁶

När Andra Ronden kräver nya arbetsrutiner, har sjuksköterskorna svårt, till följd av underordningen och av den bristande kontinuiteten, att påtala för läkare som inte följer de nya arbetsrutiner som följer med förändringen. Vårdpersonalen är i stället van vid att anpassa sig till hur olika läkare arbetar. Sjuksköterskorna, normalt den grupp som svarar för den operativa samordningen, finner det svårt att från sin underordnade position hävda de rutiner som RUT-gruppen formulerar. De har också svårt att få teamarbetet att fungera eftersom det kräver en jämställd och frimodigare kommunikation med läkarna. Det får till följd att de och undersköterskorna tidvis får det svårt och stressigt att hinna med sina arbetsuppgifter.

Faktorer som scheman och bemanning, lokaler, läkarbrist, överbeläggningar, etc. är reella hinder som förändringsledningen måste arbeta med. Den typen av faktorer tjänar också motståndarnas intressen. De får tillgång till kraftfulla argument mot Andra Ronden, och indirekt dess logik, även om det är de yttre faktorerna man använder sig av.

¹⁶ Bååthe och Norbäck (2013) diskuterar hur chefer bör agera om man vill få med läkarna i "ständigt förbättringsarbete" och göra det mer systematiskt, formaliserat och transparent. Artikeln baseras på andra intervjuer från Kungälvssjukhus om hur läkare ser på sin yrkesroll, vilket beskrivs i Lindgren m.fl. (2012).

DEL IV:

ANALYS OCH IMPLIKATIONER



Rond på öronkliniken ca 1975.

Bildkälla: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet



Rond på Onkologiska kliniken, slutet på 1980-talet.

Bildkälla: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet

Övergripande resonemang

Arbetet med att införa Andra Ronden kan karaktäriseras som ett organisationskulturellt förändringsprojekt där yrkesidentiteter och etablerade praktiker utmanas (Alvesson och Sveningsson, 2008). Andra Ronden ställer krav på kompetens som många saknar. Arbetet sker inifrån, vilket är en förutsättning för en sådan förändring (Norbäck och Targama, 2009). Samtidigt kan utmaningarna (Kets de Vries och Miller, 1984; Schein, 2009), som vi sett, leda till defensiva rutiner, passivt och aktivt motstånd, framförallt från inflytelserika personer som riskerar att utsättas för krav som de inte vet om de klarar av. Utmaningar i form av ändrade maktförhållanden, statusrelationer och nedvärdering av tidigare praktiker kan både leda till medvetet och omedvetet motstånd. På omedveten nivå handlar det om att hantera diffusa oroskänslor och spänningar (ångest) inför förändringsförslag som hotar den egna (yrkes)identiteten. Inom sjukvården, med läkarna som en stark högstatusprofession, är utmaningen stor för de som vill driva organisationskulturella förändringsprojekt.

I inledningen på rapporten, avsnittet ”En not om komplexitet”, beskriver vi ett synsätt (Complex responsive processes; Stacey 2001, 2011) där man betraktar arbetsorganisatorisk förändring och lärande som att skapa kvalitativa förändringar i samtalsmönstren, både till form och till innehåll. Den informella och kollegiala formen, som är vanlig i professionella organisationer (Norbäck och Targama, 2009), visar sig både vara en fördel och en nackdel. Fördelen är att verksamhetschefen låter professionen driva frågan utan att föra in några administrativa argument (t.ex. effektivitet). Det garanterar att det är läkarnas egen agenda, den kliniska verksamheten (patienterna) som står i fokus. Nackdelen är att den informella organisationen inte når vissa överläkare - som är vana vid att bli inbjudna – och som i sina egna ögon nu inte blir det. Läkarkritiken verkar nästan vara starkare mot detta än mot de innehållsliga förändringarna.

Läkarintervjuerna visar att många menade att det patientcentrerade och teambaserade sättet att ronda krävde ny kompetens. Det gällde exempelvis att samtala med patienter med annan personal närvarande, på ett djupare, mera mänskligt plan. Den nya rondlogiken krävde även förändringar i läkarpraktiken, t.ex. att inte ronda varje patient varje dag samt att minska sin autonomi för att kunna samverka med sjuksköterskor och undersköterskor på ett mer samordnat sätt.

När beslutet om att införa det nya rondsystemet var taget, så formaliserades utvecklingsarbetet (RUT-gruppen), nu med samtliga professioner involverade. De förseningar i ombyggnadsarbetet som uppstod kanske rentav var till nytta för processen, så att man hann diskutera igenom alla införandeproblem? När man sedan startade så blev alla tvungna att delta, om man inte valde att sluta. Det gav förutsättningar för erfarenhetsbaserat lärande. Vi har visat att det tog flera år att ”implementera” beslutet. Många frågor löstes medan andra var svåra att hantera p.g.a. schema- och bemanningsfrågor.

Själva förändringsarbetet innehåller mycket dramatik som kan utsättas för vidare analys och tolkning. Det har inte varit vårt huvudintresse. Därför lämnar vi det och går över till

en teoretisk diskussion om vad som dras igång om man vill införa patientcentrering och teambasering inom vården.

Patientcentrering och teambasering

Man kan förstå Andra Ronden som ett uttryck för patientcentrering och teambasering. Oavsett hur man vill definiera begreppen, kan det ses som en utmaning för västerländsk sjukvård. I den dominerande biomedicinska sjukvårdsmodellen gäller det för läkaren att diagnosticera sjukdomstillstånd, att finna dess orsaker och att sätta in rätt behandling. Fokus ligger på vad läkaren ska göra utifrån sina biomedicinska kunskaper. Thunborg (1999) fann att svenska läkare utvecklar en yrkesidentitet, oberoende av subspecialitet, som kännetecknas av en förväntan om att vara kompetenta och att fatta korrekta medicinska beslut. Besluten ska grundas på egna bedömningar, ibland tillsammans med kollegor. De förväntas, både från sig själva och från andra, att agera självständigt och oberoende.

Gemensamt för en patient-/personcentrerad sjukvårdsmodell är att man utgår från ett individuellt helhetsperspektiv och tar hänsyn till biologiska, psykologiska och sociala perspektiv (Leplege m.fl., 2007). Man bör ta del av patienternas livssituation, önskemål och förmåga att hantera sitt sjukdomstillstånd i vardagen, *utöver de biomedicinska aspekterna*, där fokus ligger på specifika organ, deras funktioner och relaterade provtagningar. I en patient-/personcentrerad sjukvårdsmodell bör diagnos, planering och behandling göras av läkarna tillsammans med patienten och övrig vårdpersonal. Det kan innebära att patienter med likartad diagnos kan ges olika behandling utifrån patienternas önskemål. En sådan modell är väl lämpad på en medicinklinik där det kan finnas äldre, kroniskt (multi)sjuka patienter, som behöver hjälp med att på bästa sätt hantera sitt sjukdomstillstånd.

Socialstyrelsen (2010) menar i sin handbok för vårdgivare, chefer och personal, liksom Patientsäkerhetslagen (6 kap § 6, 7), att för all sjukvård gäller, att man ska göra patienten delaktig och ta med dem i besluten. Detta gäller i hög grad för avdelningsronder.

Ökad patientcentrering är inget isolerat svenskt fenomen. Vi har inte haft någon ambition att studera hur man resonerar internationellt om sättet att ronda, men vi vill gärna ge två brittiska referenser. Det brittiska National Health System (NHS) liknar i många avseenden det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I en Editorial i tidskriften Lancet (2012 s 1281) finns bl.a. ett direkt citat från motsvarigheten till Socialstyrelsens handbok:

"Healthcare professionals should not underestimate the importance of interactions on the ward round from the patient's perspective."

Launer (2013 s 734) diskuterar vad det är för fel på brittisk avdelningsrondspraktik och ger sin syn på vad som bör göras:

"..., we need to start regarding ward rounds not as 'ordinary and unremarkable' but in need of our focused attention just as much as the most expensive technology or complex

drug treatment. The benefits to quality, safety, effectiveness, efficiency and staff satisfaction would be enormous, and patients would be hugely happier as well."

Vi tror att Launer skulle uppskatta vad man åstadkommit genom Andra Ronden på medicinkliniken vid Kungälv's sjukhus.

Det är tydligt att det nya sättet att ronda ställer olika krav på läkare och sjuksköterskor. För läkarna handlar det bland annat om att omvandla en individuell yrkesidentitet till en mer kollektiv. I stället för att varje läkare utformar sitt eget sätt att ronda, ska man anpassa sig till gemensamma rutiner. Sjuksköterskorna har redan en kollektiv yrkesidentitet (Thunborg, 1999). Men sjuksköterskorna behöver också utveckla sin yrkesidentitet, även om det från intervjuerna framträder en bild att de systematiskt och kollegialt har diskuterat de problem som funnits under förändringsarbetet.

I den fortsatta analysen ägnar vi därför oss huvudsakligen åt läkarna¹⁷.

Frågan är om inte den dominerande biomedicinska modellen – själva läkarkulturen – utmanas av en förändring av Andra Rondens typ, där en mer än tvåhundraårig medicinsk praktik utmanas. Det gäller inte bara att finna bot på akuta sjukdomstillstånd, sedda från ett läkarperspektiv, utan också vad det innebär från ett patientperspektiv, t.ex. multisjuka äldre, att leva med kroniska sjukdomar, att inte bli lyssnad på eller att inte få svar på sina frågor. Författaren Göran Tunström (se Del I: Inledning) skulle utan tvivel ha föredragit Andra Rondens sätt att ronda och mått bättre jämfört med den förödmjukelse han upplevde med det traditionella rondandet.

För att bättre förstå vad som krävs för att underlätta förändringar som påverkar yrkesidentiteter och etablerade praktiker, tar vi hjälp av några teoretiska verktyg.

Att förstå vad det innebär att vara en kompetent yrkesutövare

Forskning har visat att man inom ett givet yrke kan förstå, på kvalitativt skilda sätt, vad det innebär att vara en kompetent yrkesutövare. Förståelsen bestämmer vad man menar är viktigt, vilka kunskaper och färdigheter man anser sig behöva och hur man förhåller sig till kunder/klienter/patienter, till kollegor och andra yrkesgrupper. Det kan vara besvärligt att byta förståelse, t.ex. från att förstå rondarbetet som något som läkaren själv bestämmer över/något som passar läkaren bäst, till att förstå det som något som vårdpersonal och patienter bör vara med och bestämma om/något som passar teamet och patienterna bäst.

Vi startar med en studie av Stålsby Lundborg m.fl. (1999). De beskriver hur 20 läkare inom primärvården vid olika vårdcentraler i mellan-Sverige varierar i sitt sätt att förstå hur man hjälper patienter med astmaproblem. Här finns både nationella och internationella riktlinjer, som bl.a. betonar tidig och kontinuerlig behandling (inhalation av corticosteroider) och patientutbildning, för att patienterna ska kunna ta ett ökat ansvar

¹⁷ Som fördjupning finns två artiklar (Baathe mfl. 2014; 2016) som delar i en doktorsavhandling (Bååthe, 2015).

för sin behandling och sin livskvalitet. Forskarna fann att läkarna redovisade fyra kvalitativt skilda sätt att förstå hur man ska hantera astma, vilka presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Ways of experiencing asthma management among 20 general practitioners in Sweden

Ways of experiencing asthma management	Number of GPs
A Conveying information and instructions (for the patients to follow)	9
B Informing, explaining so the patient gains applicable knowledge	6
C Facilitating the patient's understanding	3
D Listening, giving advice for improved/maintained quality of life	2

Ways of experiencing asthma management	Number of GPs
A. Conveying information and instructions (for the patients to follow)	9
B. Informing, explaining so the patient gains applicable knowledge	6
C. Facilitating the patient's understanding	3
D. Listening, giving advice for improved/maintained quality of life	2

I studien kan man se skillnader i betoningen av läkarens respektive patienternas roll i det lärande som riktlinjerna talar om. I fall A överförs kunskap, åtminstone *information*, från läkaren till patienten. I fall B är lärandet inriktat på att patienten ska *kunna tillämpa den kunskap* som läkaren bistår med. I fall C handlar det om att läkaren ska hjälpa patienten att *förstå* vad astma innebär och hur den kan hanteras. Till skillnad från fallen A-C inskränker sig läkaren i fall D inte till vad patienten bör kunna, göra eller förstå. Här försöker läkaren hjälpa patienten att förstå *vilken person patienten måste bli* för att kunna leva sitt liv med hög livskvalitet.

Den här sortens forskning, att försöka beskriva kvalitativt skilda sätt att förstå ett fenomen, kallas för fenomenografi.¹⁸ De pedagoger som var tidigt ute ville exempelvis studera hur elever kan förstå naturvetenskapliga fenomen som inte stämmer överens med en vetenskaplig förståelse, så att lärarna bättre skulle kunna hjälpa sina elever till en ”korrekt” förståelse. Det har visat sig att det inom olika grupper finns ett begränsat antal - ca en handfull - kvalitativt skilda sätt att förstå ett fenomen.

Forskningen har en fenomenologisk bas som bl.a. innebär att man inte skiljer mellan subjekt och objekt, dvs. att subjektet inte lär om en verklighet som ligger utanför subjektet. För att komma åt människors förståelse - den mening och innebörd som något i omvärlden har för oss - måste man, enligt fenomenologin, undersöka *hur* fenomen får mening och innebörd. Mycket kortfattat handlar det om att man inte ses som separerad från världen utan som en integrerad del av den. Man kan inte skilja det *ontologiska* (vem är/blir jag?) från det *epistemologiska* (vad gör/kan jag, lär jag mig?)¹⁹. Man kan inte skilja de kunskaper och aktiviteter man lär sig från vem den lärande blir och vad detta innebär.

¹⁸ För en översikt av tidiga fenomenografiska studier, se t.ex. Marton m.fl. (1977)

¹⁹ Ontologi och epistemologi är vetenskapsteoretiska begrepp som används för att skilja mellan hur värden/tingen/verkligheten kan vara beskaffad, dvs. själva varandet, och hur kunskap om verkligheten kan nås.

En av dem som ofta ställt sig frågan om vilken slags läkare han själv vill vara är överläkaren Jan-Olof Svärd (kirurgiska kliniken Högländssjukhuset Eksjö):

”Fadern till en av mina bästa vänner är en klok gammal internmedicinare och lite av min tidiga förebild och mentor. Han sa till mig en gång när jag som AT lyriskt berättade hur jag ställt diagnosen Addisons sjukdom på akutmottagningen:

»Janne, det var ju kul. Men kunde du hjälpa patienten med det han eller hon sökte för?» Han fortsatte:

»Det finns två sorters läkare: Den ena, som utan att se människan ska hitta en diagnos till varje pris. Och den andra, som försöker hjälpa eller behandla de problem som människan söker för, oavsett om man någonsin hittar rätt diagnos. Vilken typ är du?» Den frågan har jag ofta funderat på, och svaren växlar fortfarande.” (Läkartidningen 2010-12-10 nr 51)

Primärvårdsläkarna i studien ovan redovisar skillnader både i ontologiskt och epistemologiskt hänseende. Det reser åtminstone två frågor. Kan man finna liknande fenomenografiska skillnader även inom andra subspecialiteter? Vilken hjälp får de blivande läkarna att ta ställning till frågan om vilken slags läkare man själv vill vara under sin karriärutveckling, t.ex. under den grundläggande läkarutbildningen?

Dall’Alba (2004) belyser båda frågorna i en fenomenografisk studie av hur en hel årskull av läkarstudenter vid Karolinska institutet förstår medicinsk praxis. De 103 studenterna fick i september 1994, precis i början av sina studier, svara på en enkät.

De fenomenografiska kategorier som redovisas nedan är ett resultat av analysen av de fritextsvar som studenterna lämnade på följande uppmaningar²⁰:

- Give an example of a concrete situation which shows what you think is central to the work of a medical doctor.
- Give an example of a concrete situation in a medical doctor’s daily work that you think can be difficult to deal with.

Varje student kategoriserades efter sina svar på de två uppmaningarna. Svaren nedan är ordnade i sekvens från mer biomedicinskt centrerade kategorier, med fokus på den praktiserande läkarens beslut om diagnos och behandling (a-c), till mer patientcentrerade kategorier med utgångspunkt i patienternas behov och situation och med betoning av samspelet mellan läkare och patient (d-f).

När vi säger att man inte bör skilja mellan det ontologiska och det epistemologiska är det ett ontologiskt uttalande, precis som om man menar att verkligheten finns oberoende av betraktaren, eller att verkligheten bara finns i betraktarens ögon och att den konstrueras genom de språk och begrepp som betraktaren använder. Utifrån det ontologiska antagandet om en av betraktaren oberoende verklighet handlar det epistemologiskt, dvs. att nå kunskap, om att korrekt försöka avbilda verkligheten. Utifrån det ontologiska antagandet att världen konstrueras av betraktarna gäller det epistemologiskt att identifiera relevanta betraktare och studera deras sätt att konstruera verkligheten.

²⁰ Studien är avrapporterad på engelska.

(a) Providing help or saving life

En läkare måste ha nödvändig kunskap för att kunna hjälpa någon som är sjuk eller skadad. Fokus ligger på läkaren och mötet med patienten för att kunna hjälpa denne.

(b) Diagnosing or treating patients using a required sequence of procedures

Läkaren följer en sekvens av åtgärder för att komma fram till en diagnos och behandling.

(c) Locating the problem and informing the patient

Varje patient kommer till läkaren med något problem, kroppsligt eller psykologiskt.

Läkaren använder sin biomedicinska kunskap för att diagnostisera problemet, informera patienten och behandla det så långt det är möjligt.

(d) Interacting with patients in a supportive way, while diagnosing and treating

Samspelet med patienten är viktigt, både att bidra med biomedicinsk kunskap för att hantera patientens problem, och med att vara deltagande och stödjande.

(e) Seeking a way forward together with the patient

Läkaren och patienten bidrar till att finna en diagnos och behandling som båda är nöjda med.

(f) Enabling the patient to better deal with his or her life situation

Läkaren försöker förstå på ett öppet och icke kritiserande sätt hur patienten upplever sitt sjukdomstillstånd. Utifrån detta och med sin biomedicinska kunskap försöker läkaren göra det möjligt för patienten att hantera sin livssituation både nu och i framtiden.

(Dall'Alba, (2004 s. 683-684). Utförligare beskrivningar finns i Dall'Alba, (1998)).

De två redovisade studiernas resultat liknar varandra. De kvalitativt skilda sätten att förstå ett kompetent yrkesagerande varierar längs en skala mellan att betona den egna yrkesrollen respektive i vilken grad som patienternas medverkan och villkor tas som utgångspunkt.

Förståelsen av sättet att praktisera som läkare kan fördjupas och modifieras under läkarutbildningen, men verkar inte genomgå någon radikal förändring. I den ena polen (**a-c**) återfinns en klassisk, mer biomedicinsk uppfattning, att det handlar om att förstå vilka sjukdomstillstånd (symptom) patienterna uppvisar och hur de via undersökningar, provsvar och patienternas berättelse om symptom och sjukdomshistoria kan diagnostiseras och behandlas. Tonvikten läggs på läkaren. I den andra polen (**d-f**) återfinns en mer patientcentrerad uppfattning. Man närmar sig utgångspunkten att förstå den människa som bär på sjukdomstillstånden, hur de upplevs och påverkar livssituationen. Utifrån patientens behov kan man använda sin biomedicinska kunskap till att hjälpa patienten. Det innebär att patienter med likartade sjukdomstillstånd men med olika livssituation kan behandlas olika.

Dall'Alba visar att läkarutbildningen inte entydigt och successivt leder till att studenterna förändrar sin förståelse - i riktning från **a** till **f**. Hon låter de studenter som finns kvar (66 st.) i slutet på den 11 terminer långa utbildningen år 1999 besvara samma enkät. Hon får svar från 38 st. Bortfallet gör det svårt att dra för stora slutsatser, annat än att realismen i

studenternas svar ökar, exempelvis att det inte är så ofta man räddar patienters liv. I tabell 2 återfinns data från studien (Dall'Alba, 2004, s. 685). Det går inte att uttala sig säkert om det har skett en förskjutning i förståelse eftersom populationen termin 11 inte är ett representativt urval av populationen termin 1.

Tabell 2. Comparing understanding of medical practice in terms 1 and 11

Medical practice understood as	Percentage/frequency	
	Termin 1	Termin 11
a Providing help or saving life/helping through advice, diagnosis, support	32	24
b Using established procedures to diagnose/diagnosing and treating based on knowledge	11	24
c Locating problem and informing patient	22	-
d Interacting supportively while diagnosing/ using knowledge with respect	22	42
e Seeking way forward together/cooperating to find a solution	5	10
f Enabling to better deal with life situation	8	-

Medical practice understood as	Percentage/frequency	
	Termin 1	Termin 11
(a) Providing help or saving life/ helping through advice, diagnosis, support	32	24
(b) Using established procedures to diagnose/ diagnosing and treating based on knowledge	11	24
(c) Locating problem and informing patient	22	–
(d) Interacting supportively while diagnosing/ using knowledge with respect	22	42
(e) Seeking way forward together/ cooperating to find a solution	5	10
(f) Enabling to better deal with life situation	8	–

Av tabell 2 framgår att det bland läkarstudenterna, både i början och i slutet av sin utbildning, finns en stor spridning i hur studenterna förstår ett kompetent yrkesagerande. En generell slutsats är att den förståelse av sättet att praktisera som läkare, som studenterna har vid starten av läkarprogrammet, i enskilda fall kan påverkas, men att spridningen mellan studenterna behålls under utbildningen.

Hur kan en och samma utbildning producera så olika förståelse av yrkesrollen som läkare?

Vi menar att det finns några viktiga förklaringar. En första är att de biomedicinska kategorierna **a-c** representerar expertsamhällets syn på kunskap och lärande. Först ska "eleverna" lära sig kunskaper och färdigheter som går att kontrollera (studieplaner, utbildningsmål, tentamina) och som sedan ska tillämpas. Kunskaperna (det epistemologiska) frikopplas från själva yrkespraktiken och yrkesrollen (det ontologiska). Lärarna, dvs. kunskapsauktoriteterna, behandlar det epistemologiska frikopplat från det ontologiska.

Läkarutbildningen följer expertsamhällsmallen - med inriktning på biomedicinsk kunskap. Under läkarstudierna läggs endast ringa fokus på själva yrkespraktiken, dvs. det ontologiska. Vem vill jag bli som praktiker; hur vill jag förstå mig själv som läkare? Hur vill jag förstå uppgiften att vara läkare? Hur vill jag förstå hur man som läkare relaterar till patienter och anhöriga liksom till kollegor och andra yrkesgrupper? Hur vill jag förstå vilka kunskaper, färdigheter och verktyg som behövs i min läkarpraktik? Det epistemologiska verkar vara självklart och oreflekterat.

Även det ontologiska verkar i stort vara oproblematiserat under den grundläggande läkarutbildningen. Expertsamhällets syn på certifierade och kodifierade experter verkar följa med studenterna in i, genom och ut ur utbildningen utan att förändras. De som förstår ett kompetent yrkesagerande enligt de mer patientcentrerade kategorierna **d-f** bör därför ha fått sin förståelse med sig in i läkarutbildningen från annat håll, där den motstår utbildningens förgivettagna, självklara och dominerande biomedicinska förståelse.

Dall'Alba (2009) har följt 13 av studenterna i en longitudinell studie, där de intervjuades vid slutet av varje termin och observerades vid samtal och undersökning av patienter. I Dall'Alba (2002) redovisar hon resultatet av intervjuer med tio läkarstudenter i slutet av sin utbildning när de får praktisera med hjälp av en erfaren handledare. Hon observerade även studenterna i interaktion med patienter. Fyra av studenterna fokuserade på att nå en diagnos och behandling. Två inkluderade interaktionen med patienten, men endast i den utsträckning som den påverkade diagnos och behandling. För tre studenter var det viktigt att diagnos och behandling härleddes utifrån patientens situation. Variationen i förståelse, enligt kategorierna **a-f**, av vad det innebär att vara en kompetent yrkesutövare fanns således kvar när läkarstudenterna i slutet av sin utbildning fick praktisera under handledning. Handledarna verkade inte reagera på hur interaktionen med patienterna hanterades! Som läsare får man intryck av att de var mest intresserade av de biomedicinska aspekterna av diagnos och behandling.

Dall'Albas fenomenografiska kategorier kan förstås som en kompetenshierarki, baserad på typen och omfattningen av de aspekter som yrkesutövarna är medvetna om och beaktar i sin praktik. (Det gäller även den tidigare redovisade studien av läkares förståelse av hur man hanterar astmapatienter). Det innebär att förståelse enligt **d-f** är mer inkluderande än en förståelse enligt **a-c**. I den senare inkluderas inte förståelse enligt **d-f**, medan det omvända råder. Förståelse enligt **d-f** inkluderar förståelse av de aspekter som ingår i **a-c**. De mindre inkluderande kategorierna innebär en förståelse som huvudsakligen är biomedicinskt fokuserad. Den mest inkluderande kategorin beaktar därutöver patientens egen upplevelse av sitt tillstånd.

Inom varje kategori, liksom mellan kategorier, kan det finnas skillnader i skicklighet inom kategorins aspekter. Det innebär exempelvis att kirurger inom en given kategori kan uppvisa stor skillnad i skickligheten att operera. Birkmeyer m.fl. (2010) fann exempelvis stora variationer hos 20 kirurger, vars förståelse av sitt yrke dock inte redovisades. I stället bedömdes deras skicklighet anonymiserat av kollegor utifrån videoinspelningar av operationer och av dokumentation (typ kvalitetsregister) av resultaten.

Larsson m.fl. (2003; 2004) har med en fenomenografisk ansats studerat både erfarna och mindre erfarna anestesiläkare. Både metod- och resultatmässigt påminner deras studier om Dall'Albas.

De erfarna läkarnas förståelse beskrivs i fyra kategorier:

- (1) giving anaesthesia and controlling the patient's vital functions – 'the Professional Artist'; (6 läkare)
- (2) helping the patients by alleviating their pain and anxiety – 'the Good Samaritan'; (6 läkare)
- (3) giving service to the whole hospital to facilitate the work of other doctors and nurses, caring for severely ill patients – 'the Servant'; (3 läkare)
- (4) organizing and directing the operating theatres to make the operations list run smoothly – 'the Co-ordinator' (4 läkare)

Även de här kategorierna representerar en kompetenshierarki i termer av vilken sorts aspekter som inkluderas i förståelsen. I kategori 1 handlar det om att behärska de medicinteknologiska resurserna. I kategori 2 inkluderas patienten, dennes oro och farhågor. I kategori 3 finns hela vårdkedjan och patienten med där anestesiläkaren ser sig själv som spindeln i nätet för att få helheten att fungera. I kategori 4 verkar det som om man har lämnat det patientfokuserade klinikerarbetet, och här handlar det om övergripande organisation, kommunikation och ledarskap för att få operationsverksamheten att fungera.

Anestesiläkarna med mindre än två års erfarenhet uppvisar en förståelse i enlighet med de erfarna läkarnas kategorier (läkare i respektive kategori: 7, 4, 1, 1). Därutöver återfanns tre läkare i en "novis-kategori" och tre läkare i en kategori som fokuserade på att använda patienternas erfarenheter för det egna lärandet.

Variationen i läkares och läkarstudenters sätt att förstå ett kompetent yrkesagerande har stora implikationer för den pågående diskussionen i västvärlden om patient- och teambaserad vård. För det första verkar en majoritet återfinnas i kompetenskategorier som är mindre inkluderande, dvs. de befinner sig mentalt långt ifrån patient- och teambaserad vård. För det andra återfinns väldigt få i den mest inkluderande kategorin, dvs. de som förmodligen redan försöker leva patient- och teambaserat. De refererade svenska studierna indikerar att det kan vara färre än 10 % av läkarna som finns i den mest inkluderande och mångsidiga förståelsen av medicinsk praktik. Det verkar alltså finnas få potentiella eldsjälar inom läkarprofessionen för att driva förändringsarbete i riktning mot mer patientcentrering och teambaserad vård. Detta är besvärande, eftersom det inte är rimligt att tänka sig att det går att genomföra denna typ av genomgripande förändring av vårdens praktik som ett administrativt projekt uppifrån, bara för att det finns utifrån kommande riktlinjer, önskemål och exempel.

Ett citat från Larsson m.fl. (2004 s 386) ger ytterligare anledning till oro för den patientcentrerade vårdens framtid.

"...there is nothing in the present study or in the previous study on experienced anaesthetists, to indicate that changes to more comprehensive ways of understanding work normally take place over time..."

Även Dall’Albas observationer, om att läkarutbildningen (hittills?) inte ägnat sig åt att utveckla de blivande läkarnas förståelse i inkluderande riktning, är oroande för hur snabbt patient- och teambasering inom sjukvården kan tänkas realiseras. Så länge som läkarutbildningen inte adresserar den ontologiska frågan om vilken slags läkare man strävar mot, får samhället leva med att agendan de 5,5 första åren av professionsutvecklingen i huvudsak är biomedicinskt inriktad. Om allt går som på räls leder de därpå följande 6-7 åren till att man kan titulera sig ”specialistläkare”. Om inte heller de åren innehåller något organiserat lärande i riktning mot Dall’Alba kategori f-läkare, blir det inte heller lättare över tid för sådana läkare att fungera som eldsjälarna i sjukvårdens inriktning mot patientcentrerad vård. Från en avhandling med fokus på läkares engagemang i vårdens utvecklingsarbete (Bååthe 2015) noteras att slutsatser från dessa tidigare studier fortfarande är aktuella.

”... samhällets krav på att göra vården mer patientcentrerad utmanar professionell identitet hos åtskilliga av dagens kliniskt verksamma läkare med en huvudsakligen biomedicinskt formad förståelse vad det innebär att vara en kompetent läkare. Om denna utmaning av professionell identitet inte tas om hand, är det troligt att det skapas motstånd mot förändringen.”

Bååthes avhandling lyfter fram att det finns yrkesverksamma läkare som har en mer inkluderande och mångsidig förståelse av sin medicinska praktik, en professionell identitet som redan idag möter samhällets krav på patientcentrering. Han visar också att det från övergripande läkarutbildningshåll, World Federation of Medical Education, framförts rekommendationer att utbildningen behöver justeras från ett bio-medicinskt fokus till ett bio-psyko-socialt fokus. För att underlätta en generell utveckling av en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård kommer det krävas extraordinära insatser som stödjer och underlättar ontologiskt lärande hos de läkare som idag har en huvudsakligen biomedicinsk formad förståelse av vad det innebär att vara en kompetent läkare.

Vi vill även kortfattat redovisa två fenomenografiska studier från andra områden om vad som utgör ett kompetent yrkesutövande. Även här finner vi förståelsevariationer i form av kompetenshierarkier.

Sandberg (1994) och Sandberg och Targama (1998 s 64–72) beskriver på vilka kvalitativt skilda sätt motoroptimerare på Volvo kan förstå sitt yrke och sin kompetens.

Arbetsuppgiften är att optimera olika motoregenskaper i de nya bilmotorer som tas fram. Det finns många parametrar, till exempel inom det elektroniska tändsystemet och bränslesystemet, som ska ställas in för att optimera motorns egenskaper, såsom körbarhet, prestanda, bränsleförbrukning och avgasutsläpp.

På den minst inkluderande nivån förstås arbetet (6 personer) som att hålla reda på alla parametrar, att vara noggrann och ordningsam, ett slags förståelse av att kunna hantera alla komplicerade (tekniska) komponenter. På en mellaninkluderande nivå förstås arbetet (10 personer) utifrån ett slags systemsynsätt dvs. samverkan mellan (tekniska) komponenter. Och på den mest inkluderande nivån förstås arbetet (3 personer) som att bl.a. innefatta hur kundens körupplevelse påverkas av den optimerade motorn.

Vi vet inte hur de skilda sätten att förstå har utvecklats hos motoroptimerarna, om det är möjligt att lära sig att gå mot ökad inkludering, och hur det i så fall skulle kunna gå till. Men när Sandberg bad de intervjuade att ange de mest kompetenta i gruppen så namngav de alltid någon med den mest inkluderande förståelsen, oberoende av vilken förståelse de själva stod för. Och när de ombads förklara sitt val var de *fångade i sin egen förståelse* och kunde bara beskriva de aspekter som låg inom ramen för den egna kompetenskategorin. De var således omedvetna om de skillnader i förståelse som Sandberg identifierat.

Sandberg och Pinnington (2009) redovisar en studie av affärsjurister i en stor internationell (top 20) australiensisk advokatbyrå, vars klienter arbetar med att genomföra stora kommersiella projekt såsom fusioner, förvärv, exploatering av naturtillgångar och stora investeringar i anläggningar. Urvalet av jurister gjordes för att få en variation i erfarenhet, expertområde, kön, formell ställning i företaget och placeringsort (tre storstäder i Australien).

Forskarna fann, inte överraskande, en kompetenshierarki, nu med tre distinkta förståelseformer.

För juristerna i den minst inkluderande kategorin handlar det om att minimera juridiska risker. De förstår sig själva som en slags leverantör av kompetent juridisk service där förståelsen av uppgiften innefattar att sätta ihop ett kompetent juridiskt team som tillämpar juridiken strikt och noggrant och ser till att klienten blir ordentligt informerad om de juridiska spörsmålen av jurister och supportpersonal (förståelse av vilka de relevanta aktörerna är) med hjälp av juridisk kunskap, kännedom om prejudikat, kommunikationsförmåga, speciella kläder och lokaler som ger ett trovärdigt intryck (förståelse av vilka verktyg och kunskaper man använder).

I den andra kategorin handlar förståelsen inte om att minimera alla juridiska risker utan att hjälpa klienterna hantera stora och viktiga juridiska affärsrisker. I den tredje, mest inkluderande kategorin, måste man bl.a. förstå mer av kundens strategiska situation för att kunna hjälpa dem hantera de kommersiellt viktiga juridiska riskerna.

De 24 jurister som deltog i studien blev ombedda att peka ut tre av de mest kompetenta och framstående affärsjuristerna inom företaget. De sex mest frekvent nämnda fick också delta i studien. Det medförde att forskarna kunde identifiera en ny, mest inkluderande, förståelseform till vilken fyra²¹ av dem kunde hänföras.

Juristerna i den nya mest inkluderande förståelsekategorin ser sig som kompetenta affärsrådgivare, som förutom att identifiera och förstå de kommersiella riskerna och aktörerna, också ser sig själva som betrodda affärsrådgivare, vilka utgår från klientens perspektiv/risktolerans, som förstår och utgår från klientens affärslogik och som ständigt kommunicerar på öppen och förtrolig basis med klienten.

²¹ Det kan finnas flera förklaringar till att endast fyra av sex omfattade den mest inkluderande förståelsen (jfr motoroptimerarna). Det ringa antalet är i linje med vuxenutvecklingsforskningen (t.ex. Kegan och Lahey 2009).

Precis som bland motoroptimerarna kan man se kompetenshierarkin som en rörelse från att hantera komplicerade ”fristående komponenter” och ”system av samverkande komponenter” till att ”empatiskt utgå från kundernas behov”.

Gemensamt för de studier vi redovisat är, att man i den mest inkluderande kompetenskategorin utgår från klientens/kundens/patientens perspektiv på ett empatiskt och förtroget sätt. I den minst inkluderande kompetenskategorin är man fokuserad på vad man själv gör som yrkesutövare, utan att försöka leva sig in i hur klienten/kunden/patienten upplever sin situation.

Det synsätt som redovisas i studierna innebär att förståelsen av vad det innebär att vara en kompetent yrkesutövare kan variera i hur man förstår

- sig själv
- uppgiften
- relationen till andra (inte minst kunderna)
- kunskap och verktyg för yrkesutövandet.

Vi menar att den här typen av kompetenshierarkier i yrkessammanhang kan förstås som ett generellt fenomen.

Den nyfikne läsaren undrar kanske om det finns några bakgrundsvariabler som kan förklara variationerna i kompetensförståelse, såsom antal yrkesverksamma år eller genus. För de två första är svaret ett kategoriskt ”nej”. Möjligen kan man skönja en genuseffekt eftersom kvinnliga livserfarenheter generellt har fler socialt inkluderande inslag än manliga livserfarenheter.

I de refererade studierna ger man lite olika svar, på frågan om det är möjligt, och i så fall hur det går till, att gå från en mindre till en mer inkluderande förståelse.

En sak står fullkomligt klart. Om de beskrivna kompetenskategorierna skulle återspegla djupt liggande personlighetsdrag, innebär det att vägen mot patientcentrering och teambaserad inom sjukvården blir en besvärlig resa. Men det som inte är ”naturligt”, dvs. medfött, kan utvecklas till etablerade tanke- och beteendemönster om ord, begrepp, beteenden, handlingar, rutiner och praktiker upprepas om och om igen. Med tiden kommer de att kännas ”naturliga”. Arv och miljö, i kombination, formar yrkesidentiteten. Även miljö kan med tiden bli ”naturligt”.

Av de redovisade studierna kan en rimlig slutsats vara att en majoritet av yrkesutövarna inom många professionella yrken förstår ett kompetent yrkesutövande som att det mer fokuserar på vad experten/yrkesutövaren kan och gör, och mindre på vilken situation som kunderna/klienterna/patienterna egentligen befinner sig i och hur yrkesutövaren ska kunna använda sina kunskaper utifrån deras utgångspunkter och behov.

Förändringsinitiativ inom sjukvården av typen patientcentrerad vård möter därför inte motstånd enbart av epistemologisk natur (vilka nya kunskaper behövs?), utan framförallt

av ontologisk natur (vem måste jag bli i en sådan modell?). En ontologisk förändring, i riktning mot den mest inkluderande kompetenskategorin, blir så en verklig utmaning.

Tillbaka till Andra Ronden

Andra Ronden ställer nya kompetenskrav, kanske tydligast på läkarna. Juriststudien tydliggör att en viktig del i en professionell praktik är att man alltid är i interaktion och relation med andra. Att man vara kan det på kvalitativt skilda sätt innebära skillnader i kompetens. Det är tydligt att läkarförespråkarna för Andra Ronden vill förändra sättet att relatera till andra, både till patienter (patientcentrerad vård) och till andra yrkesgrupper (komma varandra närmare över statusgränser, kommunicera friare, arbeta i team och sitta tillsammans med sjuk- och undersköterskor). Uppgiften förändras så att man ska ”göra färdigt” varje patient innan man tar sig an nästa. Sjuk- och undersköterskor både bidrar med information om patienten och blir medicinskt kunnigare, bättre informerade och kan svara på patienternas frågor. Även patienterna blir kunnigare och bättre informerade om sitt sjukdomstillstånd och sin behandling. Det blir både ett annat sätt att tala med patienten (kunskap/verktyg), vars makt över sin egen situation förstärks, och att göra det inför representanter för både den egna och för andra yrkesgrupper, där de med den bästa biomedicinska sakkunskapen inte självklart är de bäst tränade och utbildade.

För sjuksköterskornas del verkar det största kravet på lärande, pga. underordningen i medicinskt hänseende i förhållande till läkarna, vara att samtidigt våga vara mer jämlika i arbetsorganisatoriska frågor. Särskilt när läkare inte följer de rutiner och arbetsinstruktioner som kliniken bestämt. För läkarna verkar det åt andra hållet, att lära sig att överlägsen biomedicinsk kunskap (och läkarnas solitära yrkesroll) inte automatiskt innebär tolkningsföretärd i arbetsorganisatoriska frågor.

I avsnittet om förändringsförespråkare och förändringsmotståndare beskriver vi fyra läkares syn på Andra Ronden och vad det inneburit för dem som läkare. Vi har inte gjort våra intervjuer i fenomenografiskt syfte. Det hindrar inte att förändringsförespråkarnas förståelse kan tolkas som att de återfinns i Dall’Albas patientcentrerade **d-f**-kategorier och att förändringsmotståndaren som tillhörande de biomedicinska **a-c**-kategorierna. De två eldsjälarna hör rimligen hemma i kategori f.

För läkare med ett **a-c**-liknande sätt att förstå och praktisera medicin innebär Andra Ronden upplevda krav på att man ska tillägna sig ett **d-f**-liknande sätt att förstå och praktisera medicin. Det kan inte förstås på annat sätt än som en stor utmaning!

Etos, patos och logos

I den klassiska retoriken talar man om *etos*, *patos* och *logos*. Etos står för hur man som talare på ett grundläggande sätt förhåller sig till dem som man vill övertyga för att uppfattas som trovärdig. Patos och logos står för vilken typ av argument man använder, känslomässiga eller sakliga/logiska. Olika etos kan exempelvis vara överordnad, expert, likställd, underordnad, okunnig, vän, hjälpsam, ointresserad, fientlig och avskämd. Att avskärma sig, dvs. att stänga av sin empatiska förmåga, kan vara ett sätt att stå ut med att ständigt möta människor med svåra smärtor eller livshotande tillstånd. Vi vet att den

grundläggande läkarutbildningen med sin naturvetenskapliga biomedicinska inriktning huvudsakligen förlitar sig på logos (liksom på expertsamhällets modell att först förvärva kunskap och sedan tillämpa den såsom det kommer till uttryck i läkarutbildningen på universitetet). Andra Ronden ställer krav på ett annat etos jämfört med vad som praktiserades i tidigare rondsystém och även krav på patos (eller empati) i lyssnandet på patienten. För läkare som har avskärmning som (omedveten) strategi, måste förändringar av typ Andra Ronden kännas hotande.

Om man enbart förstår de epistemologiska förändringskraven, som att ett oförändrat ”jag” måste lära sig nya kunskaper och förhållningssätt för att fungera i Andra Ronden kan man tycka att det borde vara enkelt att åstadkomma. Men om man förstår att det även innebär ontologiska förändringskrav, dvs. att *”jag” måste bli någon annan än den jag har varit* - vilket tidigare har fungerat bra - blir uppgiften betydligt svårare. De ontologiska förändringskraven handlar ofta om att utveckla sitt etos. Det kan vara besvärligt att ens makt- och statusrelationer utmanas. Man kan känna sig inkompetent, förlägen och hotad, undrande om man orkar och kan lära sig det som behövs och om det verkligen är nödvändigt (de Vries och Miller, 1984 s. 135; Schein, 2009). Som en av de positivt inställda läkarna uttryckte sig om flera av sina mer skeptiska kollegor:

”Jag upplevde det som ganska mycket oro och rädsla, faktiskt. Kommer jag att duga i det här nya rondsystémet? Det var det jag upplevde att dom kände.” (Läkare nr 2 s 9)

Slutsatsen är given.

Om det fanns ”a-c-läkare” (de biomedicinska kategorierna) på Medicinkliniken vid Kungälvssjukhus²² måste det ha varit svårt för dem att på kort tid förstå och acceptera den ”d-f-inspirerade” patientcentrerade förändringen, eftersom det krävde av dem både epistemologisk förändring (kunskaper, verktyg) och ontologisk förändring (att de skulle bli någon annan än de redan var, inte minst i sina relationer). Och de fick heller inte mycket hjälp till ett sådant ontologiskt lärande.

Det fanns en viss förståelse hos eldsjälarna för behovet av ett sådant lärande. Men det var inte tillräckligt som drivkraft för att skapa arenor där läkarna kunde samtala kollegialt om de nya kompetenskraven på samma sätt som man pratar om de biomedicinska kunskaperna och verktygen. En orsak kan vara att det inte funnits på schemat under utbildningstiden. En annan kan vara att man ofta arbetar på egen hand i olika schemapositioner. Där är man van vid att fungera som solitär och att andra, t.ex. sjuksköterskor, anpassar sig till den enskilde läkarens sätt att arbeta. Det innebär att läkare omedvetet kan ha sig själv som norm. Även om man kan se att andra läkare arbetar annorlunda så saknar man den typ av distinktioner som de fenomenografiska studierna tagit fram, dvs. att det finns kvalitativt skilda sätt att förstå hur man kan vara en kompetent yrkesutövare.

En av eldsjälarna funderade över detta så här:

²² Urvalet av intervjuade läkare är inte representativt. Vi kan därför inte veta något om hur stor andel av läkarna som man skulle kunna hänföra till Dall’Albas olika typer av kompetensförståelse.

*”Det faktum att det här nya sättet kanske passar vissa personer sämre, har vi som arbetsgrupp misslyckats med att hantera. Och det är känsligt. Man blir utsatt när man leder ronderna vilket har att göra också med det här, hur benägen man är att exponera att man **inte kan**, inför andra. Och det är klart man skulle vilja prata mer om sånt. Lyfta det till ytan mera i läkargruppen. ... Samtalen har mest varit teknik runt tavlan och prover och så. Vi pratar väldigt lite om själva rondsamtalen och vad som krävs och är svårt för ett bra samtal. Som läkare är man mer utsatt i den nya situationen. Ja det blir ju mycket oftare att patienten gråter nuDet kommer upp mer känsliga saker eftersom det är ett annat sammanhang i Andra Ronden. Ligger man på fyrsal så är det en annan jargong. Det är mycket mera medicinsk tekniskt fokus, provsvar och vad undersökningar har visat och så, på den gamla rondan. I läkargruppen skulle man kunna ha gruppsamtal om detta med en handledare. Grupphandledning om vad som kommer upp i rondsamtalen och hur man handskas med det. Då skulle vi nog förstå att alla har vi samma problem. Det finns inga hjältar i det här. Vi sitter alla i samma båt liksom. Vi läkare är lika obekväma allihop när nån börjar gråta. Vi tycker ju alla det är svårt att säga till nån att dom har cancer.” (Läkare nr 1 s 14, 15, 16)*

Sådan handledning hade förmodligen varit ännu mer effektiv om sjuksköterskor/team deltagit. Men hur får man personalen att ens ”vilja komma till startplatsen”? Det kräver att någon eller några högststatuspersoner, helst både från professionen och från ledningen, sätter det ontologiska lärandet på agendan. Några måste förstå att det finns kvalitativt skilda sätt att vara en kompetent yrkesutövare på, och att man kan hjälpas åt i lärandet utifrån att göra nya erfarenheter.

Andra ordningens lärande

Vi har hittills endast snuddat vid frågan om det är möjligt att ändra sin förståelse i riktning mot den mest inkluderande kompetenskategorin, och hur det i så fall kan gå till? Det kan säkert finnas skillnader i svårighetsgrad både epistemologiskt och ontologiskt i de studerade fallen.

Norbäck m.fl. (2006) har med begreppet *andra ordningens lärande* som utgångspunkt beskrivit hur lärare/forskare inom högskolan, i ett utbildningsprojekt för småföretag, försöker etablera en lärarpraktik där man ska ersätta den på högskolan dominerande föreställningen om utbildning och lärande. Man använde en metod som utgår från två olika förhållningssätt till lärande:

- Modell A: Auktoritet och expert i form av lärare 'där uppe' överför vetandet till okunnig och novis elev 'där nere' – i ett vertikalt och linjärt förhållningssätt.
- Modell B: Auktoritativ²³ och ämneskompetent handledare samspelar i lärandet med 'en utifrån sina utgångspunkter kompetent elev' på samma nivå i ett gemensamt utforskande – ett horisontellt och cirkulärt förhållningssätt.

Projektet bedrevs i ett konsortium av högskolor med finansiering både från KK-stiftelsen och från småföretagen själva. Modell A och modell B representerar två kvalitativt skilda

²³ auktoritet = någon som kan och vet - och som gärna talar om det, dvs. agerar auktoritärt; auktoritativ = någon som förtjänar tilltro på grund av sin ställning och sakkunskap - och som gärna ställer den till andras förfogande.

sätt att förstå en högskolelärares yrkespraktik när det gäller undervisning. Att gå från A till B motsvarar i läkares yrkespraktik att gå från **a-c** till **d-f** enligt Dall'Albas kategorier. I båda fallen är det ett ontologiskt lärande som måste till, att bli en annan än den man varit. Och i båda fallen handlar det om den egna auktoriteten, om vilket etos man utvecklar i förhållande till sina kunder/klienter/patienter.

Norbäck m.fl. (2006) beskriver andra ordningens lärande så här:

"Vissa forskare, såsom Argyris (1990) och Watzlawick, Weakland och Fish (1978)²⁴ har, när man talar om förändring, lärande och/eller problemlösande valt att skilja mellan första och andra ordningens förändring. Lärande eller problemlösning av första ordningen äger rum inom ramen för vissa utgångspunkter, en given struktur, ett givet system och förändrar inte strukturens eller systemets grundläggande uppbyggnad. ... Lärandet har karaktären av 'mer av samma sak' och kan bedömas utan att bedömningsgrunderna förändras. Sådant lärande hotar inte grundvalarna och den egna identiteten.

I den andra ordningens förändring innebär lärandet och problemlösandet att själva grundvalarna, förutsättningarna, bedömningsgrunderna och måttstockarna förändras. ... Eftersom andra ordningens lärande omfattar en omprövning av en själv och ens relationer till omvärlden, själva identiteten, är den särdeles besvärlig." (s 54)

Projektet pågick i fem år och en ambition var att utveckla ett pedagogiskt paradigmskifte hos medverkande lärare, från modell A till modell B. I stället för att ta sina egna ämneskunskaper som utgångspunkter syftade projektet till att de skulle ta småföretagarnas perspektiv, situation och behov som utgångspunkt. De egna ämneskunskaperna är givetvis nödvändiga, men de ska kunna ställas till klienternas förfogande, på deras villkor. Det innebär krav på ett ontologiskt lärande, dvs. att bli någon annan än den man har varit tidigare.

För de deltagande lärarna genomförde man flera heldagsseminarier – enligt modell B - som stöd för att förändra dem, deras förståelse och praktik. Norbäck m.fl. (2006) kallar dem för "prakademiker". Det står både för praktiska akademiker från högskolan och akademiska praktiker från näringslivet. Ett konkret exempel på hur man kan använda modell B är att seminarieledarna vid ett seminarium ville hjälpa deltagarna att klargöra hur de två rollerna kunde samverka i utbildningsprojektet. De blev ombedda att i blandade smågrupper utforma en annons som skulle kunna användas för att rekrytera lärare till de båda rollerna. Som utgångspunkt för lärandet tog man inte seminarieledarnas begrepp och modeller. I stället tog man deltagarnas erfarenheter och förståelse. Via diskussioner i gruppen och med stöd av seminarieledarna identifierade man därefter både en variation i sättet att förstå rollerna och lade grunden för en gemensam tolkning av vad

²⁴ Argyris, Chris (1990). *Overcoming Organizational Defenses: Facilitating Organizational Learning*. Boston: Allyn and Bacon; Watzlawick, Paul, John Weakland och Richard Fish (1978). *Förändring – att ställa och lösa problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

som kan vara önskvärt. Man kan kalla det för erfarenhetsbaserat lärande eftersom det är deltagarnas (samlade) erfarenheter som tas som utgångspunkt för lärandet.²⁵

Det visade sig, trots alla seminarier, vara väldigt svårt att få till den önskade förändringen. Åtminstone tog det mycket lång tid. Och även om man förstod och utvecklade sin praktik i själva utbildningsprojektet så var det svårt att göra detsamma i den pedagogiska vardagen hemma på den egna högskolan. Det var svårt att bli någon annan. Det försvåras av att den dominerande och förgivettagna förståelsen på lärosätet ligger mycket nära modell A.

Efter fem år hade inte heller konsortiets ledning lyckats att helt översätta den egna intellektuella förståelsen av vad modell B faktiskt innebär, till den konkreta utbildningsverksamheten. Det fanns helt enkelt ett glapp mellan vad man gjorde och vad man sa att man gjorde.

Det leder oss då till frågan hur en klinikledning kan underlätta det epistemologiska och ontologiska lärande (av andra ordningen) som verkar vara nödvändigt för att få det nya rondarbetet att fungera väl.

En central slutsats är att andra ordningens lärande bör vara erfarenhetsbaserat. Det innebär att det inte räcker med att ta till sig teoretiska begrepp och önskvärda rutiner utan man måste lära genom att göra, genom att få pröva på, helst tillsammans med andra, så att man kan se variationen i sätten att förstå vad det innebär att vara en kompetent yrkesutövare. Härigenom minskar risken för att det blir ett glapp mellan vad man gör och vad man säger att man gör. Därutöver är det viktigt att man skapar begrepp och modeller för att kunna beskriva sina erfarenheter.

Studien av motoroptimerare visar exempelvis att de tre motoroptimerare som Sandberg hänförde till den mest inkluderande kompetenskategorin (att förstå kundens körupplevelse) var med redan på den tiden när ett viktigt moment i optimerandet var att provköra bilen, dvs. motorn. Ingen av de övriga hade sådana erfarenheter. Deras erfarenheter var huvudsakligen av motoroptimering där man använder datorer och analytiska verktyg.

Och nog måste läkarna på medicinkliniken successivt ha lärt sig hur man kan hantera patientsamtal genom att praktisera varje gång man rondar enligt Andra Ronden? Men det kunde ha påskyndats om man på ett organiserat vis hade kunnat hjälpa varandra i lärandet.

Implikationer för att leda den här typen av förändringsprojekt

När vi nu går över till att se om det finns några lärdomar om hur en verksamhetsledning bör hantera den här typen av förändringsprojekt är det inte så viktigt att enbart hålla sig till förhållandena på Kungälv's sjukhus.

²⁵ Seminarieledarna arbetade konsekvent enligt Kolb, David, A. (1984/2014). *Experiential Learning; Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, N.J.; Prentice Hall.

Av beskrivningen hittills verkar det ha varit svårast att få med sig läkarna på förändringen. Vi har också lämnat en del förklaringar till varför det är så. Vi har intervjuat 13 läkare, vilket motsvarar 25-30 % av klinikens läkare. Det är inte ett representativt urval utan det är till för att fånga upp skilda uppfattningar om förändringsprojektet bland läkare med olika senioritet (hur långt man kommit i sin karriär), olika kön och med olika inställning till förändringen. Intervjuerna har inte varit inriktade på att fånga upp hur läkarna ser på sitt sätt att praktisera läkaryrket, vilket har varit fallet i några av de studier vi redovisat. Det hindrar inte att man i intervjuerna kan se att det finns uttalanden som tyder på att det finns en spridning i förståelsen av vad det innebär att vara en kompetent läkare.

Vid fördjupad analys av resultat från studien om patientcentrerad och teambaserad avdelningsrond (Baathe m fl 2016), växte det fram olika sätt att förstå medicinsk praktik baserat på vad läkare fokuserade under rondarbetet. Den ena benämndes *Jag-perspektiv* eftersom arbetet var fokuserat runt vad läkare själva tänkte, gjorde och kunde. Erfarenheter från nära samarbete med andra var ambivalent. Det kunde bidra med nya perspektiv men samtidigt stördes den egna tankeprocessen. Interaktionen med patient var främst inriktad på att inhämta information för att bekräfta eller dementera läkares framarbetade hypotes utifrån journalförda uppgifter och provresultat. Patienten sågs som mottagare av vård och behandling med fokus på aktuella riktlinjer och målvärden.

Det andra sättet att förstå medicinsk praktik benämndes *Vi-perspektiv* och där var rondarbetet mer inkluderande och betonade utbytet med patient och övriga vårdmedarbetare. Läkare uppskattade att få kompletterande perspektiv på en patients tillstånd och situation genom det nära samarbetet med andra. Rondinteraktionen fokuserade på patientens aktuella berättelse och handlade både om att inhämta information men också om att ge information åter till patienten. Läkares beslut om vård och behandling utgick från aktuella riktlinjer och målvärden, men strävade samtidigt aktivt efter att integrera patientens subjektiva perspektiv, individuella förmågor och sociala förutsättningar.

Att flera av förändrings förespråkarna skulle se sig som patientcentrerade ”**d-f**-läkare”, om de fick se Dall’Albas olika kategorier, verkar mer än troligt, liksom att åtminstone några av motståndarna skulle sympatisera med någon av de mer biomedicinska kategorierna **a-c**.

För oss verkar det rimligt att en medicinklinik med många äldre, kroniskt (multi)sjuka patienter inte alltid kan ”botas” i den bemärkelse som ligger i kategorierna **a-c**. Sådana patienter skulle ha större glädje av läkare som betar sig enligt kategorierna **d-f**, som försöker hjälpa patienten att bättre hantera sin livssituation - inklusive de biomedicinska behandlingar som passar patienten bäst.

Vi förstår att en emotionell avskärmning från patienterna kan vara en överlevnadsstrategi. Om det är så, vilket vi inte vet, är det förståeligt om man motsätter sig förändringar av Andra Rondens typ. Men man kan också motsätta sig sådana förändringar för att det hotar den egna autonomin och/eller statusen.

Utifrån de studier om kvalitativt skilda sätt att förstå sin yrkespraktik och om vad det innebär att vara en kompetent yrkesutövarare, förstår vi att förändringar av Andra Rondens typ eftersträvar en läkarpraktik som närmar sig kategori **f**. Om det då finns läkare i de mindre inkluderande kompetenskategorierna betyder det att kliniken ställs inför behov av förändring av både epistemologiska (nya kunskaper som att samtala med patienter på ett annat sätt, samarbeta med andra yrkeskategorier på ett mer samordnat sätt) och ontologiska frågor (vem måste jag bli jämfört med den jag är idag?).

I det perspektivet handlar det inte om huruvida ledningen *informerar* om förändringarna och förankrar de förslag och rutiner som kommer fram, via APT, mail och lunchsamtal för att få med sig alla. Människor agerar inte utifrån information, regler och arbetsinstruktioner i sig, utan utifrån hur de förstår dem (Sandberg och Targama, 1998; 2007; 2013). Enligt dem blir det nödvändigt för chefer att ägna sig åt ”Managing Understanding”. Det handlar om att organisera möjligheter att få till en förändrad förståelse genom lärande, både av epistemologisk och av ontologisk natur, för att se om det är möjligt för de mer renodlat biomedicinskt orienterade läkarna att ta ett litet steg i kompetenshierarkin, utan att direkt kräva att de ska bli **d-f** över natt. Att använda APT för sådana ändamål där ledningen aktivt deltar i samtalen kan också bidra till ökad förståelse för varandra och för de förändringsförsök man arbetar med. Eftersom ledningen inte kan bestämma hur kollegor kommer att uppfatta förändringsbudskapen är det viktigt att de deltar i sådana samtal (Stacey, 2001; 2011).

Så vitt vi förstår så krävs det en medveten ledning som vågar och orkar organisera denna form av lärande inom sjukvården, därför att läkarkåren normalt inte samtalar kollegialt om de delar av yrkespraktiken (epistemologiska) som inte har en biomedicinsk karaktär. Normalt samtalar man heller inte kollegialt om vem jag är/vill vara/blir (det ontologiska) i läkarrollen. Detta gäller också medicinkliniken på Kungälvss sjukhus. För att det ska bli möjligt måste inflytelserika personer inom professionen medverka.

Möjligen skulle lärandet förenklas om ett *empatiskt bemötande* infogades i en vetenskaplig biomedicinsk diskussion om *placeboeffekten*, innebärande att ett **d-f** beteende medför att patienterna blir bättre av att bli sedda, bekräftade och lyssnade på. Det handlar då om att patienternas förväntan om att man ska få en bra vård förstärks genom att läkarna *beter* sig enligt **d-f**. (Kan man kanske även tänka sig att en rigorös biomedicinsk procedur kan ha en placeboeffekt om patienten tror att läkaren gör det som är möjligt, även om läkaren *beter* sig enligt **a-c**?)

Den medicinska forskningen²⁶ har visat att placeboeffekten (t.ex. att ge sockerpiller i stället för verksamma substanser) kan förklaras av att de förväntningar som placebo skapar i hjärnan utlöser samma kroppsliga reaktioner som de verksamma substanserna. Vi kan inte uttala oss om det även gäller för ett empatiskt bemötande. Men det finns tecken som tyder på det (Nilsson, 2011). Om så är fallet, kan det vara en strategi för att få med sig **a-c**-läkare, eftersom bemötandet förstås som ett biomedicinskt inslag i diagnos och behandling (epistemologin) och inte som ett ontologiskt projekt att försöka förändra

²⁶ se exempelvis: <http://medicalxpress.com/news/2013-10-mind-gray-placebo-pleasure-pain.html>
Länken innehåller också referenser till vetenskapliga artiklar om placeboeffekten.

läkarens person utifrån ett patientcentrerat, humanistiskt ideal. Ett empatiskt bemötande, själva beteendet, kan således legitimeras både utifrån en **a-c** och från en **d-f** orienterad förståelse. I en sådan strategi kan det vara lämpligt att också betona den förbättrade anamnes som den tilltänkta förändringen ger, genom att informationen från både patienter, sjuksköterskor och undersköterskor förbättras.

Riess m.fl. (2012) redovisar ett amerikanskt försök grundat på neurovetenskap att få läkare att bli mer empatiska i relationen till sina patienter. En experimentgrupp fick några timmars utbildning i att uppmärksamma patienternas emotionella verbala och icke-verbala signaler, att reagera på dem, att förbättra sitt eget emotionella och psykologiska självmedvetande och agera i enlighet därmed i interaktion med patienterna. Det fanns en kontrollgrupp som inte fick någon utbildning. Grupperna jämfördes därefter utifrån patienternas skattningar om ett möte med varje läkare utifrån tio påståenden. Experimentgruppen fick något högre, statistiskt signifikanta, empatiskattningar från patienterna.

Vi förstår det som att utbildningen hade en biomedicinsk grund, dvs. den var baserad på en förståelse av läkarrollen enligt Dall'Albas kategorier **a-c** i ett försök att närma sig kategori **d**, snarare än en humanistisk ambition i riktning mot kategori **f**, såsom vi tolkar ambitionerna med Andra Ronden. Försöket var inriktat på beteendeförändring hos läkarna, vilket uppenbarligen uppfattades och uppskattades av patienterna. Studien visar att det går att påverka läkarna i riktning mot en högre grad av inkluderande, åtminstone epistemologiskt, och att det låter sig göras med relativt begränsade insatser, även om vi inte vet något om hur länge förändringarna blir bestående.

När motståndarna till Andra Ronden protesterar och menar att ingen lyssnar på dem är innebörden nog att *"utifrån mitt sätt att förstå och praktisera läkaryrket förstår jag inte vad det ska vara bra för"*. Kanske därför att man redan får den patientinformation man anser sig behöva med det tidigare sättet att ronda. Patienten fungerar som en informationsgivare som ger läkaren den information som behövs för att fatta korrekta medicinska beslut. Och så har man invändningar som ingen lyssnar på eftersom förändringsförespråkarna, som redan är i **d-f** inte förstår varför motståndarna inte förstår.

När förespråkarna talar om en patientcentrerad, eller personcentrerad vård, vore det mycket värt om man i förändringsarbetet pratade om och agerade gentemot kollegorna på samma sätt som man vill uppnå i förhållande till patienterna. Det skulle analogt kunna betecknas som en "kollega centrerad" förändringsmodell. Norbäck m.fl. (2006, s. 143-147) visade dock, att bara för att man förstår något på ett nytt sätt i en situation, exempelvis relationen läkare - patient, så innebär det inte att en annan, utifrån sett liknande situation, såsom relationen chef-medarbetare, faktiskt förstås på samma sätt.

Anledningen står att finna i, att det andra ordningens lärande som krävs, innefattar den ontologiska dimensionen, dvs. vem blir jag i den nya situationen? I de två situationerna är det olika *etos* som måste omformas i ens nya jag och det kan vara riktigt besvärligt. Och det handlar i båda fallen om att göra upp med sin egen auktoritet.

I patientfallet innebär det att man måste övergå från att vara en auktoritet som utifrån sin expertkunskap kan tala om för patienten vad det är som gäller. Istället krävs ett nytt etos, en biomedicinsk auktoritativ person som ställer sina kunskaper till patientens förfogande på en jämställd nivå, där patientens livssituation och önskemål får större vikt.

I den kollegiala relationen gäller det att överge gemenskapsrelationen. (En erfaren kollega som ger en mindre erfaren kollega råd; alternativt en mindre erfaren kollega som ber en mer erfaren kollega om råd; alternativt lika långt komna kollegor som diskuterar för- och nackdelar med en metod, eller som diskuterar olika hypoteser för diagnos och behandling av en given patient). Här handlar det om att, samtidigt som man är en legitim kollega på det epistemologiska planet, måste man inta ett överordnat etos på det ontologiska planet. Man måste bli en auktoritet – antingen informellt/kollegialt, eller bättre, med mandat som projektledare eller chef - som försöker ta sitt ansvar för att arbetsorganisationen fungerar. Det innebär att kollegan som inte följer arbetsrutinerna får detta påtalat för sig.

Det kan göras på olika sätt. Enligt "Managing Understanding" (Sandberg och Targama, 1998; 2007; 2013) och "Complex responsive processes" (Stacey, 2011) bör en förändringsledning anstränga sig att förstå hur motståndarna förstår, erbjuda stöd till utveckling och försöka hitta former som gör kollegan till en kollega/medarbetare som åtminstone förstår att *"det är nog bra för patienten men inte för mig"* samtidigt som man diskuterar alternativ för att ta små steg som kan underlätta för den enskilda kollegan att acceptera förändringen, i linje med vad Riess m.fl. (2012) gjorde med sin empatiförstärkande utbildning. Man kanske också kan hjälpa genom att gemensamt hitta former som underlättar läkarnas arbete utan att effekterna blir för negativa för vårdpersonalen. Det blir en balans mellan vad som är bra för den enskilde läkaren och vad som är bra för verksamheten som helhet.

Klinikledningen skulle kunna styra klinikdagar/utvecklingsdagar/teamdagar etc. till att skapa de mellan- och inomprofessionella samtal som man inte får till i vardagen. Exempelvis skulle man i smågrupper med läkare, sjuk- och undersköterskor (team) kunna samtala om den typ av kommunikationsproblem som kommer fram i intervjuerna och i RUT-gruppens arbete, för att bana väg för sådana samtal i vardagen. Man kan, i linje med Saldert mfl (2016), organisera erfarenhetsbaserad utbildning för läkarnas kommunikationsförmåga (och kanske också för andra yrkesgrupper) om sättet att praktisera (förstå sin roll), eftersom läkarna fungerar som solitärer, är sin egen norm och därför inte ser/förstår andra sätt att praktisera sitt yrke. Ledningen måste själva delta i sådana samtal för att förstå hur man själv förstår.

I de utbildningar som ST-läkarna har på sjukhusen borde skilda sätt att förstå och praktisera läkaryrket vara ett obligatoriskt moment, inte minst genom den variation man kan se i den egna gruppen och bland läkare i övrigt. I den medarbetarenkät, frågorna 21-22, som vi redovisat finns ett starkt stöd för att organisera sådana samtal. Norbäck och

Targama (2009) redovisar i en detaljerad fallstudie hur sådana samtal kan organiseras på ett sjukhus²⁷. En viktig ingrediens i deras fall var ett omfattande externt konsultstöd.

Det var svårt för RUT-gruppen att tillämpa Genombrottsmetodiken för den dominerande professionen (läkarna). Däremot gick det bra för undersköterskorna vars medverkan i morgonavstämning och rondsamtal exempelvis utsätts för mätning. Det har inte förekommit för läkarna, exempelvis vilka dagar läkaren följer rutinen med morgonavstämning och prioritering. Det skulle kunna identifiera om det är mer frekvent för vissa läkare än för andra. De senare skulle då klinikledningen kunna samtala med. Men det kan kräva att man utvecklat sin samtalsteknik, kanske enligt följande:

”Du är en bra kliniker, och jag vill gärna ha dig kvar på kliniken. Men det är ett problem för mig att du inte följer det arbetssätt som vi bestämt ska råda i rondandet eftersom det leder till ... och till ... Hur tänker du om det? Jag önskar att du kunde ... Är det någonting som vi kan göra för att det ska bli lättare för dig att följa arbetsrutinerna? ...”

Den sortens insatser från klinikledningen borde kunna resultera i att följsamheten till beslutade rutiner ökar, särskilt om det kopplas till lönerevisioner(?!), eller kanske till flykt – att man slutar och söker sig någon annan stans? Men hur får man till en sådan ledningsfunktion i sjukvården, speciellt om det är en person som både ska vara kollega med och chef för, sina kollegor? Verksamhetschefer med läkarbakgrund kan sannolikt ha lika stora ontologiska svårigheter att förändra sig från kollega till chef som **a-c** läkare har att förändra sig till **d-f** läkare.²⁸

Kan man som ledning ta hänsyn till kollegors befarade svårigheter, genom exempelvis schemapositioner/arbetsuppgifter som underlättar för individen i fråga? Eller ska man acceptera olikheterna och försöka rekrytera nya läkare (från de ca 10 % -en?!) som förstår och vill utöva sitt yrke på ett sätt som stämmer med exempelvis Andra Rondens principer?

Generellt sett är det svårt med professionell karriärutveckling när man nått den högsta nivån, t.ex. överläkare, om man inte ska bli chef. Kan man skapa en karriärutveckling genom att låta överläkare som aktivt verkar enligt Dall’Albas **d-f** ta hand om handledningen av AT- och ST-läkare och inte lägga sådana uppgifter på överläkare som har en mer uttalad biomedicinsk förståelse dvs. motsätter sig förändringar av Andra Rondens typ? De måste i så fall ta mer av andra uppgifter. Är det möjligt utifrån schemapositioner och läkarkårens önskemål? Det kanske inte är möjligt, men precis som patienter som får reda på vad som är möjligt och inte möjligt uppskattar att man har blivit lyssnad på och tagen på allvar, så är det viktigt i rollen som läkare att också få uppleva att ens invändningar och synpunkter på olika utvecklingsperspektiv också tas på allvar. Även om det inte blir så som en enskild person önskar så föder ett tydligt gensvar på eget engagemang, ytterligare engagemang.

²⁷ I det fallet handlade det huvudsakligen om att utveckla ett nytt transparent ledningssystem på sjukhuset, som bl.a. skulle komplettera/ersätta det informella kollegiala systemet.

²⁸ Utmaningen med den här sortens lärande för verksamhetschefer och läkare diskuteras i Bååthe och Norbäck (2013).

Arbetslidsscheman utgör ett stort hinder. Det är utomordentligt svårt att koordinera scheman för att få ihop fungerande team, annat än informella överväganden från schemaläggarna på läkarsidan. Individuella önskemål utifrån schemapositioner (läkarna) och arbetspass (Ssk, Usk) styr idag schemat. Kanske Ssk- och Usk-scheman ska läggas med hänsyn till hur läkarscheman ser ut? Kan läkarscheman/Ssk-scheman (på medicinkliniken vid Kungälv's sjukhus) i stället för att läggas i måndag-fredag cykler ha en annan veckobas, t.ex. onsdag-onsdag för att eventuellt skapa ökad kontinuitet över helgerna och därmed undvika måndagsproblematiken? Samtidigt som det eventuellt löser några problem kanske det skapar nya? Ett önskemål från många är ökad kontinuitet för att förbättra kommunikation inom teamen. Samtidigt vet alla att det är svårt att få till, liksom fyra team i stället för tre? Både schemamässiga och lokalmässiga faktorer är svåra att hantera och det verkar som om det finns ett kontinuerligt behov av justering och anpassning av scheman och bemanning.

Sammanfattande slutsatser

- 1) En slutsats är att många önskvärda arbetsorganisatoriska förändringar inom sjukvården inte kommer till stånd därför att de möter reella hinder, exempelvis icke ändamålsenliga lokaler och komplicerade schema- och bemanningsfrågor. Det senare gäller speciellt där (över)läkarna arbetar på flera enheter och där skillnader i formell/reell kompetens i läkarkollektivet är stor och där verksamheten till stor del är händelsestyrd och av dygnet-runt-karaktär. Sådana hinder kan medvetet och omedvetet användas som argument av dem som inte vill se förändringarna realiseras.
- 2) Av de redovisade fenomenografiska studierna kan en rimlig slutsats vara att en majoritet av yrkesutövarna inom många professionella yrken förstår ett kompetent yrkesutövande som att det mer fokuserar på vad experten/yrkesutövaren kan och gör, och mindre på vilken situation som kunderna/klienterna/patienterna befinner sig i och hur yrkesutövaren ska kunna använda sina kunskaper utifrån deras utgångspunkter och behov.
- 3) Förändringsinitiativ inom sjukvården av typen patientcentrerad vård möter därför inte motstånd enbart av epistemologisk natur (vilka nya kunskaper behövs?), utan framförallt av ontologisk natur (vem måste jag bli i en sådan modell?)
- 4) Och om en förändrad förståelse i riktning mot den mest inkluderande kompetens-kategorin har med utveckling av professionell identitet att göra, blir en sådan ontologisk förändring en verklig utmaning som kräver genomtänkta stödstrukturer.
- 5) Om det fanns "a-c-läkare" (de biomedicinska kategorierna) på Medicinkliniken vid Kungälv's sjukhus måste det ha varit svårt för dem att på kort tid förstå och acceptera den "d-f-inspirerade" rond förändringen (de patientcentrerade kategorierna), eftersom det krävdes av dem både epistemologisk förändring (kunskaper, verktyg) och ontologisk förändring (att de skulle bli någon annan än de redan var, inte minst i sina relationer). Och de fick heller inte mycket stöd till ett sådant ontologiskt lärande.
- 6) De refererade svenska fenomenografiska studierna indikerar att det kan vara färre än 10 % av läkarna som finns i den mest inkluderande och mångsidiga förståelsen av medicinsk praktik. Det verkar alltså finnas få potentiella eldsjälar inom läkarprofessionen för att driva förändringsarbete i riktning mot mer patientcentrering och teambasering. Detta är besvärande eftersom denna typ av genomgripande förändring av vårdens praktik kräver engagemang från läkargruppen.
- 7) Att driva denna typ av förändring som ett administrativt projekt uppifrån, därför att det finns nya lagar, riktlinjer, önskemål och exempel, är inte en tillräcklig strategi för att nå framgång.
- 8) En central slutsats är att ett ontologiskt, andra ordningens lärande bör vara erfarenhetsbaserat. Det innebär att det inte räcker med att ta till sig teoretiska begrepp och önskvärda rutiner utan man måste lära genom att göra, genom att få prova på,

helst tillsammans med andra, så att man kan se och förstå variationen mellan olika sätt att vara en kompetent yrkesutövare. Härigenom minskar risken för att det blir ett glapp mellan vad man gör och vad man säger att man gör. Samtidigt är det viktigt att man skapar begrepp och modeller för att kunna beskriva sina erfarenheter.

- 9) Så vitt vi förstår så krävs det en medveten ledning som vågar och orkar organisera denna form av lärande inom sjukvården, därför att läkarkåren normalt inte samtalar kollegialt om de delar av yrkespraktiken (det epistemologiska) som inte har en biomedicinsk karaktär. Normalt samtalar man heller inte kollegialt om vem jag är/vill vara/blir (det ontologiska) i läkarrollen. Detta gäller också medicinkliniken på Kungälv's sjukhus. För att det ska bli möjligt måste inflytelserika personer inom professionen medverka. Vilket också var fallet hos medicinkliniken på Kungälv's sjukhus.

Slutligen

Slutligen I

Andra Ronden var ett arbetsnamn för projektet med att införa ett nytt rondsysteem på medicinkliniken på Kungälv's sjukhus. När denna rapport slutredigeras (juli 2016) är det flera år sedan den nya rondstrukturen införts.

Vi har förstått att när Andra Ronden nu blivit vardagspraktik finns ingen anledning att internt prata om något annat än "ronden". Rondsamtalen har blivit mycket bättre för patienterna. Arbetssättet har sannolikt också gjort det lättare att hantera den ökande tillströmningen av patienter eftersom rondarbetet innebär ökad flexibilitet och bättre möjligheter till framförhållning och planering. Problem i vardagen är fortfarande många men hänförs mer sällan till sättet att ronda, utan möjligen till att det kan krävas resurstillskott och ändamålsenliga lokaler för att få till stånd en fungerande arbetsorganisation.

Medicinklinikens nya rondsysteem kan metaforiskt betraktas som en progressiv och innovativ patientcentrerad ö, i en i övrigt biomedicinskt exportorienterad sjukhusvärld. Beslutet att behålla RUT-gruppen under lång tid för att slå vakt om patientcentrering och teambasering framstår som synnerligen klokt och insiktsfullt!

Om eldsjälarna i patientcentrerade och teambaserade utvecklingsprojekt försvinner och om organiserade "kuvöser"/stödstrukturer (typ RUT-gruppen) inte ges mandat och utrymme, är risken stor att den i omgivningen dominerande biomedicinska kulturen genom ett ostyrt (läkare) inflöde raskt kommer att erodera det innovativa och progressiva. Ja, mycket snabbare än man vill tro. Behovet av att medvetet, systematiskt och disciplinerat upprätthålla det innovativa, verkar stå i direkt proportion till svårigheterna med att utveckla och införa förändringen.

Inom kemin används begreppet "katalysator" som beteckning för ett ämne som kan påskynda och underlätta en kemisk reaktion utan att ämnet självt förbrukas. De eldsjälarna som driver innovativa organisationskulturutvecklingsprojekt²⁹ kan därför inte rakt av likställas med katalysatorer. Det kostar nämligen på att utmana en etablerad praxis (i det här fallet en tvåhundraårig), även om andra inte alltid förstår det. Att vara ensam eldsjäl verkar vara svårt och tar på krafterna. Är man två eller flera kan man hjälpa varandra att inte förbrukas helt.

I inledningen använde vi oss av Göran Tunströms erfarenheter av ett traditionellt sätt att ronda. Vi rundar av med en annan författare, nobelpristagaren Thomas Tranströmer:

"Du blir aldrig färdig. Och det är som det skall."

(Dikten Romanska bågar ur diktsamlingen För levande och döda, 1989.)

²⁹ Rapportens längsta ord?

Slutligen II

Ett så innovativt och i tiden liggande projekt som det patientcentrerade och teambaserade rondsystemet på medicinkliniken vid Kungälvssjukhus kommer självklart att uppmärksammas i omvärlden.

Det har bl.a. skett genom att representanter från medicinkliniken har presenterat Andra Ronden på såväl nationella som internationella vårdutvecklingskonferenser, och genom att forskargruppen har publicerat artiklar och presenterat rapporter om rondarbetet.

Uppmärksamheten har fått genomslag via artiklar i bland annat Sjukhusläkaren, Läkartidningen och Moderna läkarna. Under våren 2014 samlade Läkaresällskapets etikdelegation till en "workshop" om behovet av att se över ronden. Man ställde sig frågan: Är det traditionella sättet att ronda etiskt och juridiskt hållbart?

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/06/Ronden--ritual-som-borjar-ifragasattas/>

Och på Läkarsammman i december 2014 var det ett större symposium med fokus just på ronden. Under 2015 har utvecklingsprojektet tilldelats Läkaresällskapets Hippokratespris för klok vardagsetik.

Men...

det borde stå klart för läsarna av den här rapporten att ett utvecklingsinitiativ av Andra Rondens typ inte kan spridas epistemologiskt, dvs. genom att aktörer i omvärlden endast tar till sig abstraktioner i form av beskrivningar, kunskaper, begrepp, metoder och modeller samt försöker överföra dem till sin egen praktik. Den sortens teoribaserade utgångspunkter är viktiga men inte tillräckliga. Det krävs också ett ontologiskt, andra ordningens, erfarenhetsbaserat lärande. Detta tar tid eftersom många behöver utveckla sin förståelse för eget sätt att arbeta, sin professionella identitet. En process som går att jämföra med utmaningen i att utveckla sin egen person.



Bild från medicinklinikens nya sätt att ronda, ca 2013. Källa: <http://www.youtube.com/watch?v=o4uD4stBtZo>

Referenser

- Alvesson, Mats och Stefan Sveningsson (2008), *Förändringsarbete i organisationer – om att utveckla företagskulturer*. Malmö. Liber.
- Birkmeyer, John D., Jonathan F. Finks, Amanda O'Reilly, Mary Oerline, Arthur M. Carlin, Andre R. Nunn, Justin Dimick, Mousumi Banerjee, and Nancy J.O. Birkmeyer, (2010) Surgical Skill and Complication Rates after Bariatric Surgery. *N Engl J Med* 2013; 369:1434-1442. Resultaten finns sammanfattade på Youtube: http://www.youtube.com/watch?v=WFtI_NER05Fw
- Baathe, Fredrik, Ahlborg Jr, Gunnar, Lagström, Annika, Edgren, Lars, Nilsson, Kerstin (2014), Physician experiences of patient-centered and team-based ward rounding—an interview based case-study. *Journal of Hospital Administration*, 3(6), s. 127-142.
- Baathe, Fredrik, Ahlborg Jr, Gunnar, Lagström, Annika, Edgren, Lars, Nilsson, Kerstin (2016), "Uncovering paradoxes from physicians' experiences of patient-centered wardround." *Leadership in Health Services*, 29(2), s. 168-184.
- Bååthe, Fredrik (2015), "Physicians' engagement: qualitative studies exploring physicians' experiences of engaging in improving clinical services and processes", Doctoral thesis, Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy at the University of Gothenburg, Kompendiet, Gothenburg, Sweden. Available from: <http://hdl.handle.net/2077/40438>
- Bååthe, Fredrik och Lars Erik Norbäck (2013), Engaging physicians in organisational improvement work. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 27(4), s. 479-497.
- Dall'Alba, Gloria (1998), Medical practice as characterised by beginning medical students, *Advances in Health Sciences Education*, 3, s. 101–118.
- Dall'Alba, Gloria (2002), Understanding Medical Practice: Different Outcomes of a Pre-Medical Program. *Advances in Health Sciences Education* 7, s. 163–177.
- Dall'Alba, Gloria (2004), Understanding professional practice: investigations before and after an educational programme. *Studies in Higher Education* Vol. 29, No. 6, December 2004. s 679-692.
- Dall'Alba, Gloria (2009), *Learning to be Professionals*. Springer Science+Business Media.
- Dall'Alba, Gloria och Jörgen Sandberg (2010), Learning through and about Practice: A Lifeworld Perspective. I S. Billet (red.) *Learning through Practice, Professional and Practice-based Learning*. Springer Science+Business Media. s. 104-119.
- Demming, Christina, 2012, *Gemensam journalanteckning*. Projektarbete i Kvalitetsdriven Verksamhetsutveckling 30 hp. CVU/Chalmers.
- Ekman, Inger, Karl Swedberg, Charles Taft, Anders Lindseth, Astrid Norberg, Eva Brink, Carlsson, Jane Dahlin-Ivanoff, Synneve Johansson, Inga-Lill Kjellgren, Karin Lidén, Eva, Joakim Öhlén, Lars-Eric Olsson, Henrik Rosén, Martin Rydmark, Katharina

- Sunnerhagen Stibrant (2011), Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 10 (4), s 248-251.
- Eriksson, Nomie, (2005), *Friska vindar i sjukvården. Stöd och hinder vid förändringar i professionella organisationer*. Göteborg: Doctoral dissertation at the School of Public Administration, Göteborg University.
- GPCC <http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld/>.
- Gustavsson, Bernt (2000). *Kunskapsfilosofi: tre kunskapsformer i historisk belysning*. Wahlström & Widstrand.
- Johansson, M. & Johansson, P. (2012), Multisjuka äldre med upprepade vård-tillfällen bör läggas in direkt. *Läkartidningen*. 109 (20-21), s. 1022-1023.
- Kegan, R. and Lahey, L. L. (2009). *Immunity to change: how to overcome it and unlock potential in yourself and your organization*. Boston, MS, Harvard Business Press.
- Kets de Vries, Manfred, F.R. och Danny Miller, (1984), *The Neurotic Organization*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Kolb, D. A. (1984/2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lancet (2013), Editorial, Ward rounds: what goes around comes around. *The Lancet*, Vol. 380, Oct. 13, s. 1281.
- Launer, John (2013), What's wrong with ward rounds? *Postgrad Med J*, Dec, Vol. 89, No. 1058, s 733-734.
- Larsson, J., I. Holmström, E. Lindberg and U. Rosenqvist (2004), Trainee anaesthetists understand their work in different ways: implications for specialist education. *British Journal of Anaesthesia* 92 (3): 38-7.
- Larsson, J., I. Holmström and U. Rosenqvist (2003), Professional artist, good Samaritan, servant and co-ordinator: four ways of understanding the anaesthetist's work. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 787-93.
- Lepège, Alain, Gzil, Fabrice Cammelli, Michele Lefevre, Celine Pachoud, Bernard Ville, Isabelle (2007), Person-centredness: Conceptual and historical perspectives, *Disability & Rehabilitation*, Vol. 29 (20/21), s. 1555-1565.
- Lindgren, Åsa, Lotta Dellve och Fredrik Bååthe (2012), Why risk professional fulfilment: a grounded theory of physician engagement in healthcare development. *International Journal of Health Planning and Management*, 28: e138-e157.
- Marton, Ferenc, Lars Ove Dahlgren, Lennart Svensson och Roger Säljö (1977), *Inläring och omvärldsuppfattning*. Stockholm: Almqvist och Wiksell.
- Nilsson, Göran (2011), Placeboeffekten är värdefull. Plussa medicinsk behandlingseffekt med placeboeffekt! *Läkartidningen*, nr 44, volym 108, s. 2209-2210. (Se även www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/.../LKT1144s2209_2210.pdf)

- Norbäck, Lars Erik, Lars-Erik Olsson och Per Odenrick (2006), *Homo pracademicus. Om att lära om – om sig själv och sin verksamhet*. Stockholm: Bilda Förlag.
- Norbäck, Lars Erik och Axel Targama (2009), *Det komplexa sjukhuset*. Malmö: Studentlitteratur.
- Riess, Helen John M. Kelley, Robert W. Bailey, Emily J. Dunn, and Margot Phillips (2012), Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum. *J Gen Intern Med* 27(10), s. 1280–1286.
- Saldert, Charlotta, Emma Forsgren, and Lena Hartelius (2016), Teaching medical students about communication in speech-language disorders: Effects of a lecture and a workshop, *International Journal of Speech-Language Pathology*, Early online, <http://dx.doi.org/10.3109/17549507.2016.1143975>
- Sandberg, Jörgen (1994), *Human Competence at Work. An Interpretative Approach*. Göteborg: BAS.
- Sandberg, Jörgen and Ashly Pinnington (2009), Professional competence as ways of being: An existential ontological perspective. *Journal of Management Studies*, 46:7, s. 1138-1170.
- Sandberg, Jörgen och Axel Targama (1998), *Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Malmö: Studentlitteratur. (En andra omarbetad upplaga kom 2013: En förståelsebaserad syn på utveckling av människor och organisationer)
- Sandberg, Jörgen och Axel Targama (2007), *Managing Understanding in Organizations*. SAGE, London.
- Schein, Edgar H. (2009), *The Corporate Culture Survival Guide*, Jossey-Bass, Hoboken.
- SKL (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012), *Bättre liv för sjuka äldre - en kvalitativ uppföljning*.
- Socialstyrelsen (2010), *Din skyldighet att göra patienten delaktig*. Handbok för vårdgivare, chefer och personal.
- Snell, A.J., Briscoe, D. and Dickson, G. (2011), From the inside out: the engagement of physicians as leaders in health care settings. *Qualitative Health Research* 21(7) 9, s. 52-967.
- Stacey, Ralph. D. (2001), *Complex responsive processes in organizations: Learning and knowledge creation*. London, UK, Routledge
- Stacey, Ralph D. (2011), *Strategic Management and Organisational Dynamics. The Challenge of Complexity*. Prentice Hall.
- Stålsby Lundborg, Cecilia, Rolf Wahlström och Gloria Dall'Alba (1999), Ways of experiencing asthma management. Variations among general practitioners in Sweden. *Scand J Prim Health Care*, 17, s. 226-231.
- Thunborg, Camilla (1999), *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Linköping: Institutionen för pedagogik och psykologi.

Internt material

Material från Kungälv's sjukhus såsom årsredovisningar, delårsrapporter, mötesanteckningar från klinikledningen, mötesanteckningar och material från RUT-gruppen, resultat från personal- och medarbetarenkäter, personalstatistik, beläggningsstatistik, mötesprotokoll från den lokala samverkansgruppen, interna rapporter samt arbetsmaterial av olika slag (t.ex. arbetsbeskrivningar och schemalägningsmanualer).

En film om Andra Ronden, som Kungälv's sjukhus lagt upp på Youtube
<http://www.youtube.com/watch?v=o4uD4stBtZo>

Bilaga: Intervjuguide

Intervjuguide medicinkliniken

INTRODUKTION

Presentation av oss själva, Tvärkraft och samarbetet. Konfidentialitet. Informationslapp med kontaktuppgifter.

Intervjun kommer att ligga till grund för en utvärdering av Andra Ronden, hur den formades och vad utfallet har blivit, där det också kommer att ingå patientenkäter. (Syfte: vad kliniken kan lära av detta och vad andra kan lära om detta?)

Vi kommer att börja med några mer öppna frågor kring Andra rondens tillkomst. Vi kommer sedan att fråga mer specifikt kring olika teman som kan ha påverkats av förändringen.

1. Om du skulle berätta om andra rondens tillkomst, hur skulle du beskriva det? (När stötte du på det först? Vad tänkte du då?)
2. Fanns det några farhågor och förväntningar kring det? Tyckte du också så?

*Själv – kollegor – andra professioner?
Hur hanterades de? Hur resonerade man? Vilka argument? Vad tyckte du om det?*

3. Hur har du upplevt sättet att driva processen?
Fanns det några särskilt betydelsefulla händelser i processen?

*Vad var det ni ville göra? Vad var det som var svårt? Vad fick ni för motargument?
Hade det kunnat göras på ett annat sätt? Hur?*

*Hur ser du på det beslut som ledde fram till andra rondens? Upplever du att du var delaktig i utformningen av de nya rutinerna?
Hur ser du på valet av det nya rondsystemet? Ville du börja arbeta på det nya sättet?
Hade du tillräckliga kunskaper för att följa de nya rutinerna?
Upplever du att du fick tillräckligt med information för att veta vad du skulle göra annorlunda?
Kunde man gjort på ett annat sätt? Hur?*

4. Hur skulle du idag beskriva Andra rondens?
5. Tycker du att du arbetar efter "Andra Ronden" på det sätt som det är beskrivet (t ex PM, lappar)? Tycker du att andra gör det?

(själv – kollegor – andra professioner)

6. Är det något som har blivit bättre? Vad? Är det något som har blivit sämre? Vad?
Är det något som har förändrats som du inte trodde skulle bli annorlunda?

(själv – kollegor – andra professioner)

CHECKFRÅGOR KRING OLIKA TEMAN

1. **Vårdkvaliteten?** Tycker du att Andra rondan medfört att kvaliteten på vården har förändrats? Vad har blivit bättre? Vad har blivit sämre?
2. **Vad tycker patienterna om det nya arbetssättet på avdelningen?** Vad har blivit bättre? Sämre?
3. **Tidsanvändning.** Har tidsanvändningen på avdelningen förändrats? På vilket sätt?

Vi är ute t ex efter om du tycker att "flytet" i arbetet har förändrats. Är det något som tar längre tid? Sparar arbetssättet tid på något sätt? För vem? Behöver du vänta mer eller mindre? Behöver du leta efter andra mer eller mindre?

4. **Arbetsgrupp.** Har samarbetet och samspelet mellan yrkeskategorier påverkats? Har tilliten inom personalgruppen påverkats? På vilket sätt?
5. **Kommunikation på avdelningen.** Har kommunikationen mellan yrkeskategorier förändrats sedan det nya arbetssättet infördes? Inom yrkeskategorier? På vilket sätt?

Om man tycker att det har fått effekter, kan man se spår av detta i andra sammanhang

6. **Trivsel.** Har trivseln på avdelningen förändrats? På vilket sätt?
7. **Dokumentation.** Gemensamma rondanteckningen och planeringstavlan?
8. **Lokaler.** Hur ser du på de förändringar i lokalanvändningen som andra rondan har medfört?
9. **Ronden som sådan:** Hur du tycker du att själva rondandet fungerar?

*Vad är positivt/negativt med det nya sättet att runda på?
Hur är det att delta i rondan nu jämfört med tidigare?
Hur är det att leda rondan nu jämfört med tidigare?
Hur tycker du att samarbetet mellan yrkeskategorierna fungerar under rondan?
Hur tycker du att patientbemötandet fungerar?*

AVSLUTANDE FRÅGOR

10. Är det något du skulle vilja ändra på i hur ni nu arbetar på avdelningen? Vad? Hur ska den förändringen gå till tycker du?
11. Är det något du vill tillägga?

TACK SÅ MYCKET!

Institutets uppdrag är att genom kunskapsbildning och kunskapsspridning bidra till att den stressrelaterade ohälsan minskar. ISM ska även medverka till att göra Västra Götalandsregionen till förebild vad gäller hälsofrämjande arbetsplatser och behandling av stressrelaterade sjukdomar. Syftet med ISM:s rapportserie är förutom kunskapsspridning att stimulera till praktisk tillämpning av resultaten från vårt forsknings- och utvecklingsarbete.

