



# Utveckla arbetssätten

STRATEGIER FÖR ATT ANVÄNDA KOMPETENS  
RÄTT I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner



# Utveckla arbetssätten

STRATEGIER FÖR ATT ANVÄNDA KOMPETENS RÄTT  
I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN



Upplysningar om innehållet:  
Carin Renger, [carin.renger@skr.se](mailto:carin.renger@skr.se)

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020  
ISBN: 978-91-7585-879-1  
Foto: Paulina Westerlind  
Produktion: Advant  
Tryck: LTAB, 2020

# Förord

Hälso- och sjukvården liksom välfärden i stort står inför en stor kompetensutmaning när antalet barn och äldre ökar betydligt mer än antalet personer i arbetsför ålder. En rad prognoser visar att behoven under kommande år kommer att öka snabbare än resurserna – det saknas både arbetskraft och finansiering för att fortsätta arbeta på samma sätt som idag. För att möta patienternas och deras närståendes behov krävs en rad åtgärder på olika nivåer. En viktig strategi är att använda kompetens på ett effektivt sätt.

Förändringsresan har redan börjat. Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper, införande av nya kompetenser och nya teamsammansättningar är exempel på tillvägagångssätt som verksamheter testat för använda medarbetarnas kompetens på ett bättre sätt. För att dela lärdomar från detta omfattande förbättringsarbete har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), på önskemål av våra medlemmar, tagit fram denna rapport.

Syftet med rapporten är att inspirera till att använda kompetens mer effektivt inom hälso- och sjukvården. Rapporten beskriver en palett av tillvägagångssätt, lyfter framgångsfaktorer och presenterar spännande exempel från utvecklingsarbeten runt om i landet.

Rapporten riktar sig framför allt till dig som är ledare och arbetar med verksamhetsnära förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården. Den intervjustudie respektive fallstudie som rapporten bygger på är i huvudsak genomförd inom vården före, under och efter graviditet, vilket gör rapporten särskilt relevant för chefer och medarbetare verksamma inom vårdkedjan för graviditet och förlossning. Förhoppningen är att materialet ska vara relevant även för andra delar av hälso- och sjukvården.

Rapporten har tagits fram inom ramen för den nationella överenskommelsen mellan SKR och regeringen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Arbetet har genomförts under mars–december 2019, under ledning av Carin Renger och Eva Estling vid SKR.

Stockholm i maj 2020

Fredrik Lennartsson

*Direktör*

*Avdelningen för vård och omsorg*

Sveriges Kommuner och Regioner

# Tack!

SKR vill rikta ett varmt tack till alla som ställt upp på intervjuer eller på andra sätt bidragit till arbetet som ligger bakom denna rapport. Utan er hade kartläggningen inte varit möjlig! Vi vill även rikta ett särskilt tack till några personer som på olika sätt bidragit med kloka synpunkter och viktig kvalitets-säkring under arbetets gång:

Annie Albrektsson (Region Värmland)  
Boel Andersson Gäre (Region Jönköping)  
Karin Berg (Region Värmland)  
Emma Bryngfors Nilsson (Region Värmland)  
Åsa Celander (Region Gävleborg)  
Karin Fast (Region Gävleborg)  
Mia Fernando (Bloggen "Baking Babies")  
Angelica Frithiof (Lust att Leda AB)  
Anna-Lena Fältsjö (Region Dalarna)  
Karin Hanaeus (Region Stockholm)  
Eva Jansson (Region Stockholm)  
Ingela Karlsson (Region Gävleborg)  
Kerstin Karlsson (Region Värmland)  
Susanne Kvarnström (Region Östergötland)  
Ylva-Li Lindahl (Region Västmanland)  
Ingela Lundgren (Göteborgs universitet)  
Helena Neymark Bachmeier (Region Värmland)  
Helen Norén (Region Skåne)  
Elisabeth Olhager (Region Skåne)  
Corinne Pedroletti (Region Stockholm)  
Jennika Pettersson (Region Gävleborg)  
Hans Rutberg (Linköpings Universitet)  
Jesper Stenberg (Region Skåne)  
Helena Svensson (Region Örebro)  
Lotta Tydén (Region Östergötland)  
Britta Wernolf (BB Stockholm)  
Catharina Zätterström (Region Stockholm)

# Innehåll

- 9 **Sammanfattning**
  
- 15 **Kapitel 1. Utveckla arbetssätten!**
- 15 Kompetensförsörjning en utmaning för hälso- och sjukvården
- 16 Behov av att utveckla arbetssätten
- 16 Att använda kompetensen rätt - för patienterna, medarbetarna och hälso- och sjukvårdens kvalitet
- 18 Stödja förbättringsarbete
- 18 Metod och rapportens begränsningar
  
- 21 **Kapitel 2. Fyra strategier för att använda kompetensen rätt**
- 21 Vad är att använda kompetens rätt?
- 23 Fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens
- 25 Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper
- 25 Vad innebär uppgiftsväxling?
- 28 Införande av nya yrkesgrupper
- 31 Nya teamsammansättningar
  
- 35 **Kapitel 3. Så gjorde vi - tips och lärdomar från fyra verksamheter**
- 35 Satsningar på stärkt introduktion, mentorskap och förändrad kompetensmix på Falu lasarett
- 39 Hur gjorde vi och vad lärde vi oss?
- 40 Vad uppnådde vi?
- 41 Uppgiftsväxling och nya teamsammansättningar på Kvinnokliniken i Hudiksvall
- 43 Hur gjorde vi och vad lärde vi oss?
- 46 Ett förbättrat teamarbete på Södersjukhusets förlossningsklinik
- 51 Införande av kulturdoulor i Region Värmlands kvinnosjukvård
  
- 57 **Kapitel 4. Framgångsfaktorer i förbättringsarbetet**
- 58 Framgångsfaktor 1: Våga fråga - utgå från patientens behov
- 61 Framgångsfaktor 2: Prata kompetens, inte yrke - se bortom titeln
- 64 Framgångsfaktor 3: Uppfinn hjulet själv - lär av andra men utforma lokala lösningar
- 66 Framgångsfaktor 4: Leda lugnt - lyssna in, visa vägen och låt förändringen ta tid
- 68 Framgångsfaktor 5: Ge och ta - lämna uppgifter för att skapa utrymme för nya ansvar
- 70 Framgångsfaktor 6: Se helheten - undvik fragmentering av processer och roller
- 72 Framgångsfaktor 7: Sprid och var stolt - dela lärdomar och fira framgångar
- 74 Framgångsfaktor 8: Börja nu - arbeta i små förbättringscykler

- 77 **Kapitel 5. Kom igång - ett stöd för det egna förbättringsarbetet**
- 78 Fyra steg för att använda kompetensen rätt
- 79 Steg 1: Vad utgår vi ifrån? Analysera behov och förutsättningar
- 80 Steg 2: Vart vill vi? Sätt mål och ta ut en riktning
- 82 Steg 3: Vad gör vi och hur? Prioritera, planera och börja!
- 84 Steg 4: Hur har vi lyckats och vad kan vi förbättra? Följ upp och fortsätt utveckla arbetssätt
- 
- 87 **Kapitel 6. Avslutande tips inför arbetet för att använda kompetensen rätt**
- 87 Fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens - tänk på det här!
- 89 Uppgiftsväxling - tänk på det här!
- 90 Införande av nya yrkesgrupper - tänk på det här!
- 91 Nya teamsammansättningar - tänk på det här!
- 
- 92 **Referenser**





# Sammanfattning

## Behov av att utveckla nya arbetssätt

Svensk hälso- och sjukvård rankas återkommande högt i internationella jämförelser både avseende medicinska resultat och kostnadseffektivitet. Samtidigt visar prognoser att behoven kommer att öka i en snabbare takt än resurserna under kommande år, främst på grund av den demografiska utvecklingen. För att möta de ökade och förändrade behoven behöver vården utveckla nya arbetssätt.

Det finns en rad olika strategier som regionerna redan idag arbetar med för att ställa om och möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. I den här rapporten ligger fokus på att använda kompetens rätt. Genom att ompröva gränsen för vem som gör vad och fördela arbetsuppgifter och roller på nya sätt finns möjligheter att öka kvaliteten och effektiviteten i verksamheterna. Ett flertal undersökningar visar också att många medarbetare i vården uppfattar att de lägger en betydande del av sin arbetstid på uppgifter som någon annan skulle kunna utföra lika bra eller bättre. Att utveckla arbetssätten och använda kompetens rätt är alltså viktigt både för patienter och medarbetare.

## Fyra sätt för att använda kompetens rätt

I rapporten presenteras fyra sätt för att använda kompetens på ett mer effektivt sätt.

1. **Fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens** innebär att variationerna i kompetens inom en yrkesgrupp synliggörs och ligger till grund för roll- och ansvarsfördelning.
2. **Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper** innebär att en yrkesgrupp lämnar ifrån sig en definierad uppgift de tidigare utfört och haft ansvar för till en annan yrkesgrupp.
3. **Införande av nya yrkesgrupper** innebär att en ny kompetens introduceras i verksamheten.
4. **Nya teamsammansättningar** innebär att teamet sätts samman och samarbetar för att använda den samlade kompetensen bättre.

Resultaten från forskning och de utvecklingsarbeten som har analyserats inom ramen för rapporten visar att det går att uppnå positiva resultat med samtliga fyra tillvägagångssätt. Samtidigt finns det behov av mer forskning kring effekterna och riskerna med olika metoder för att använda kompetens rätt.

## Potentiella vinster med nya arbetsätt

Att *fördela arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens* har visat sig ge såväl ökad trygghet för medarbetare som bättre vårdkvalitet för patienterna. Många verksamheter vittnar om goda resultat av att arbeta med exempelvis kompetens- och karriärmodeller, kompetensbaserade scheman, utökad handledning och mentorskap.

Vissa typer av *uppgiftsväxling* har visat sig kunna leda till bibehållna eller förbättrade kliniska resultat, ökad tillgänglighet och ett förbättrat resursutnyttjande. Ett exempel är överföring av vissa delar av medicinsk abortmottagning från läkare till barnmorska, där studier har visat att barnmorskeledd abortmottagning är lika patientsäker och mer kostnadseffektiv jämfört med läkarledd abortmottagning. Samtidigt uppgav kvinnorna som genomfört abort hos barnmorska att de skulle föredra att träffa en barnmorska framför en läkare om de skulle hamna i samma situation igen.

Det finns även stöd för att *införandet av nya yrkesgrupper* kan leda till positiva effekter. Exempelvis har pilotstudier visat att vårdnära servicevärdar kan förbättra kvaliteten på servicearbetet och frigöra tid från vårdpersonal för patientnära arbete.

Forskning visar också på att det finns många vinster med *nya teamsammansättningar* inom hälso- och sjukvården. En översiktsstudie beskriver att effektivt tvärprofessionellt teamarbete bland annat kan öka följsamheten till riktlinjer och behandlingsrekommendationer samt öka medarbetarnas förståelse för den egna rollen i vårdprocessen.

## **Kom igång – så kan förbättringsarbetet bedrivas**

Förbättringsarbeten som syftar till att använda kompetens rätt behöver bedrivas på ett strukturerat sätt. I rapporten presenteras ett förslag på hur förbättringsarbete kan bedrivas i en process i fyra steg.

- Steg 1 – att skapa en gemensam bild över nuläget som beskriver i vilken utsträckning verksamheten möter patienternas behov, hur medarbetarnas situation ser ut och hur resurserna används.
- Steg 2 – att sätta mål och ta ut en riktning för arbetet.
- Steg 3 – att välja hur man ska göra för att uppnå målbilden och påbörja genomförandet.
- Steg 4 – att följa upp hur det går och identifiera fortsatta förbättringsområden.

## Åtta framgångsfaktorer i förbättringsarbetet

Lärdomar från verksamheter och forskning indikerar att det finns ett antal framgångsfaktorer som kan utgöra en bra grogrund för förändringsprocessen och öka sannolikheten för att lyckas använda kompetens på ett bättre sätt.

### Framgångsfaktor

- |  |  |
|--|--|
| <b>1. Våga fråga - utgå från patientens behov</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ställ frågan "Vad är viktigt för dig?" till era patienter</li> <li>▪ Bjud in patienter att vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av vården</li> </ul>  |
| <b>2. Prata kompetens, inte yrke - se bortom titeln</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Säkerställ att medarbetare får arbeta med sina kärnkompetenser</li> <li>▪ Tydliggör och utgå från vilken kompetens som behövs snarare än yrkestitel vid fördelning av uppgifter</li> <li>▪ Förutsätt inte att det är strikt reglerat vilken yrkesgrupp som får göra vad i vården</li> <li>▪ Se inte medarbetare som utbytbara i schemaraderna baserat på deras yrkesroll</li> </ul> |
| <b>3. Uppfinn hjulet själv - lär av andra men utforma lokala lösningar</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lär och inspireras av forskning och andras erfarenheter - men låt medarbetarna vara med och utforma anpassade lösningar för verksamheten</li> <li>▪ Implementera inte färdiga lösningar "top-down"</li> </ul>   |
| <b>4. Leda lugnt - lyssna in, visa vägen och låt förändringen ta tid</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ta ut en riktning och prata regelbundet om målen för och syftet med förbättringsarbetet</li> <li>▪ Var närvarande under perioder av förändring och fråga hur det går</li> <li>▪ Var lyhörd för och bemöt negativa känslor som kan uppstå hos medarbetare</li> </ul>   |
| <b>5. Ge och ta - lämna uppgifter för att skapa utrymme för nya ansvar</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lägg tid på att stötta både avlämnande och mottagande medarbetare</li> <li>▪ Följ upp så att den totala arbetsbelastningen per medarbetare och roll är ändamålsenlig efter förändringen</li> </ul>  |
| <b>6. Se helheten - undvik fragmentering av processer och roller</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kartlägg processer och arbetsflöden med utgångspunkt i "patientresan" tillsammans med medarbetarna</li> </ul>   |
| <b>7. Sprid och var stolt - dela lärdomar och fira framgångar</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prioritera att mäta och sammanställa resultat</li> <li>▪ Fira även de små framstegen och vinsterna tillsammans med medarbetarna</li> <li>▪ Berätta löpande om lärdomar och framgångar - internt och externt</li> </ul>  |
| <b>8. Börja nu - arbeta i små förbättringscyklar</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbeta i små förbättringscyklar, stäm av och justera löpande</li> <li>▪ Överför arbetssätt som fungerar väl till ordinarie verksamhet</li> </ul>  |

## Risker som måste hanteras

Uppgiftsväxling och införande av nya kompetenser innebär möjligheter såväl som utmaningar för organisationen. Forskningen beskriver två olika typer av negativa konsekvenser som kan uppstå: försämrad patientsäkerhet och försämrad arbetsmiljö för medarbetarna. Patientsäkerheten kan påverkas om medarbetaren som ska ta över en uppgift saknar tillräcklig kompetens, vilket i sin tur kan leda till att uppgiften utförs med otillräcklig kvalitet eller att patienten utsätts för skada. Risker kan också uppstå till följd av att vården blir fragmenterad, vilket i sin tur leder till att bedömningar av helheten går förlorad och att patienten upplever otrygghet och bristande kontinuitet. Förekomsten av risker understryker vikten av att förändringar alltid måste föregås av en noggrann riskanalys och följas upp på ett strukturerat sätt. Det finns också ett stort behov av fortsatt forskning rörande effekterna av uppgiftsväxling och införande av nya kompetenser i den svenska hälso- och sjukvården.



# Utveckla arbetssätten!

*I detta kapitel beskrivs varför det är nödvändigt med förändrade arbetssätt inom hälso- och sjukvården för att möta patienternas behov och klara framtidens kompetensförsörjning. En möjlig strategi för att påbörja omställningen är att ”använda kompetens rätt”.*

## Kompetensförsörjning en utmaning för hälso- och sjukvården

Befolkningen lever längre och flera tidigare dödliga sjukdomar har tack vare sjukvårdens utveckling blivit möjliga att begränsa eller helt bota. Framstegen har bidragit till mycket positivt, men har också förändrat patienternas behov och skapat nya utmaningar. Inte minst vad gäller tillgänglighet, bemötande och kontinuitet.

Svensk hälso- och sjukvård håller överlag en mycket hög kvalitet och rankas återkommande högt i internationella jämförelser både vad gäller medicinska resultat och kostnadseffektivitet. [1] [2] Men hälso- och sjukvården, liksom många andra branscher på arbetsmarknaden, står inför en stor utmaning när det gäller att klara framtidens kompetensförsörjning. Trots att antalet anställda i regionerna ökat kraftigt under de senaste åren är rekryteringsläget till flera yrken ansträngt på många håll i landet.

Vissa regioner står redan mitt i kompetensförsörjningsutmaningen, medan andra står inför den. Den demografiska utvecklingen med fler äldre (över 80 år) leder till ökade behov av vård och omsorg. SKR:s senaste rekryteringsprognos visar att regionerna (inklusive privata utförare) behöver öka antalet medarbetare inom hälso- och sjukvården med cirka 4 000 personer årligen fram till



2026 om de inte förändrar arbetssätt och arbetsorganisation. Därtill förväntas cirka 6 000 medarbetare gå i pension årligen under samma period. [3] Det skulle alltså totalt behöva rekryteras cirka 10 000 nya personer årligen till hälso- och sjukvården fram till 2026 – givet att inget förändras.

## Behov av att utveckla arbetssätten

För att fortsätta utveckla och bedriva en god vård av hög kvalitet är det viktigt för hälso- och sjukvården att kunna attrahera, behålla och rekrytera medarbetare med rätt kompetens. Samtidigt är det inte realistiskt att möta hela behovsökningen genom nyrekryteringar eftersom antalet personer i arbetsför ålder ökar i en betydligt lägre takt än behoven. Skulle vi enbart möta behoven som den demografiska utvecklingen och den ökande efterfrågan på välfärdstjänster ger med nya rekryteringar, visar prognoser att mellan hälften och två tredjedelar av alla som kommer in på arbetsmarknaden skulle behöva arbeta inom välfärdssektorn. [3] Detta är mer än en dubbelt så hög andel som tidigare år.

En annan utmaning är att det saknas finansiering för att öka antalet medarbetare i en sådan omfattning – flera regioner står redan idag inför betydande ekonomiska utmaningar. Utöver ökade behov till följd av demografiska förändringar bidrar faktorer som stora investeringsbehov i infrastruktur samt ett ökat utbud av nya läkemedel och behandlingar till ett fortsatt högt kostnadstryck. Intäkterna förväntas inte öka i samma takt som en följd av att de senaste årens högkonjunktur går mot sitt slut. [4]

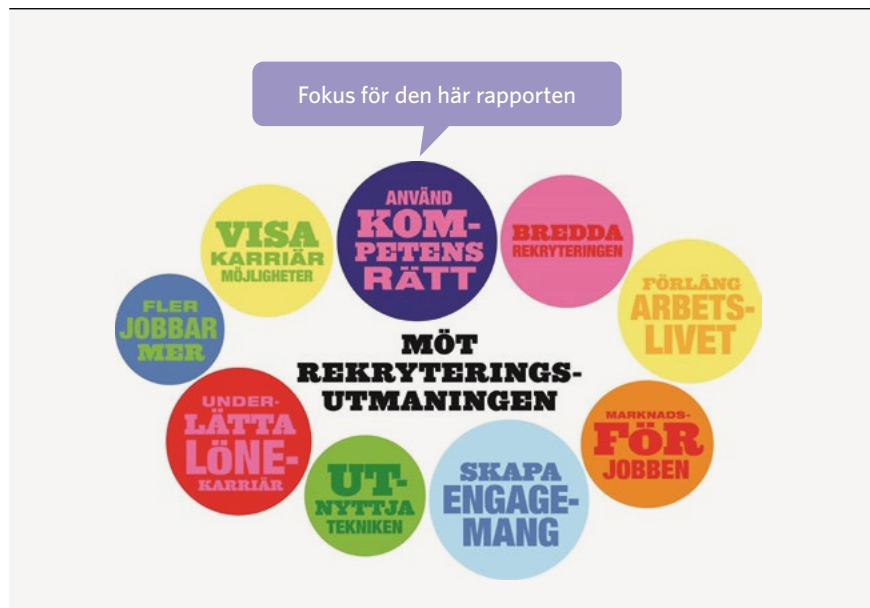
Utöver detta medför förändrade behov hos patienterna och deras närstående att det är nödvändigt att ompröva dagens arbetssätt. Exempelvis kommer en äldre befolkning med ett förändrat sjukdomspanorama och förändrade förväntningar medföra krav på vården att ställa om och utveckla arbetssätten.

Sammantaget är det alltså angeläget att hitta nya arbetssätt för att bibehålla och fortsatt utveckla kvaliteten i hälso- och sjukvården.

## Att använda kompetens rätt – för patienterna, medarbetarna och hälso- och sjukvårdens kvalitet

För att möta kompetensutmaningen har SKR formulerat nio strategier med åtgärder som både kan minska rekryteringshovet och öka arbetsgivares attraktionskraft, se figur 1.

FIGUR 1. SKR:s nio strategier för att möta rekryteringsutmaningen



I den här rapporten ligger fokus på strategin *använd kompetens rätt*. Att använda kompetens rätt handlar om hur arbetsuppgifter och roller fördelas mellan och inom yrkesgrupper. Genom att ompröva gränsen för vem som gör vad och fördela arbetsuppgifter och roller på nya sätt finns möjligheter att öka kvaliteten och effektiviteten i verksamheterna.

Med stor sannolikhet går det att tillvarata medarbetarnas kompetens på ett bättre sätt än idag. Stöd för detta finns både i aktuell forskning och i resultaten från de utvecklingsprojekt som pågår runt om i landet.

En enkätundersökning från 2019 där drygt 1200 läkare ingick visade att respondenterna uppskattade att de ägnade omkring 22 av arbetsveckans 40 timmar åt direkt patient- eller vårdrelaterade uppgifter. Nästan hälften av arbetsveckan gick alltså åt till administration och andra kringssysslor. Vidare uppgav drygt 40 procent av läkarna att den tid de använde till att möta patienter och anhöriga hade minskat över tid och 70 procent uppgav att de önskade mer tid till att möta patienter och anhöriga. I undersökningen drogs slutsatsen att det är viktigt att tydliggöra vilka uppgifter som ingår respektive inte ingår i olika roller på arbetsplatsen och att bland annat läkare bör befrias från uppgifter som bättre kan utföras av andra för att få mer tid till patientarbetet. [5] I en annan undersökning bland läkare framkom att drygt var tredje läkare ansåg

att de ofta eller mycket ofta utförde arbetsuppgifter som någon annan yrkesgrupp skulle kunna göra. Då frågan istället riktades till sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och medicinska sekreterare ansåg en stor andel av respondenterna att de skulle kunna och borde överta vissa arbetsuppgifter från läkarna. [6]

Sammantaget har strategin *använd kompetens rätt* sannolikt potential att leda till förbättrad vårdkvalitet för patienterna, förbättrad arbetsmiljö för medarbetarna och mer effektivt resursutnyttjande. Det finns idag ett stort och växande intresse för de här frågorna och flera regioner har redan påbörjat förbättringsarbeten för att använda kompetens på ett mer effektivt sätt. Flera av förbättringsarbetena genomförs på ett systematiskt sätt medan andra uppstått som lösningar på akuta situationer. Precis som med alla typer av förbättringsarbeten inom vården finns det risker, men sannolikheten för allvarliga konsekvenser är mindre om förbättringsarbetet sker systematiskt. Fortfarande saknas en aktuell samlad beskrivning av lärdomar från forskning och det omfattande utvecklingsarbete som pågår runtom i landet för att åstadkomma ett effektivare nyttjande av kompetensen.

## Stödja förbättringsarbete

Mot denna bakgrund är syftet med rapporten att inspirera och stödja verksamheter som vill driva förbättringsarbeten för att använda kompetens rätt. Vidare är ambitionen att identifiera framgångsfaktorer och risker som måste hanteras för att förändringarna i roll- och ansvarsfördelning ska leda till förbättringar. I rapporten presenteras också en rad lärande exempel på hur verksamheter arbetat i praktiken för att uppnå ett effektivare nyttjande av kompetensen.

## Metod och rapportens begränsningar

Framtagandet av underlaget till den här rapporten har skett under 2019 genom kvalitativa metoder. Arbetet är i huvudsak baserat på ett femtiotal semistrukturerade intervjuer med verksamhetsföreträdare från majoriteten av landets regioner. Intervjuerna har syftat till att kartlägga förbättringsarbeten och att identifiera framgångsfaktorer och risker. Majoriteten av respondenterna är verksamma i vårdkedjan före, under och efter graviditet. Ett mindre antal intervjuer har även genomförts med personer som är verksamma inom

internmedicinsk slutenvård och primärvård. Respondenterna har haft roller som exempelvis verksamhetschef, vårdchef, verksamhetsutvecklare, HR-strateg, barnmorska, läkare eller fysioterapeut. I intervjustudien har även tre patientföreträdare samt nio experter och forskare inom relevanta områden deltagit. Intervjustudien har även kompletterats med en översiktlig genomgång av publikationer och rapporter på området. Urvalet av publikationer och rapporter har baserats på sökningar i offentliga databaser samt hänvisningar från de intervju personer som deltagit i arbetet. Materialet har granskats och kvalitetssäkrats av en referensgrupp. Dialog har även förts med företrädare för Svenska Barnmorskeförbundet, Sveriges Läkarförbund och Vårdförbundet.

De resultat som presenteras bygger till stor del på intervjuer med personer som är verksamma inom vården före, under och efter graviditet. Förhoppningen är att innehållet även kan inspirera ledare och medarbetare inom andra delar av hälso- och sjukvården. På samma sätt är det viktigt att beakta att huvuddelen av de personer som intervjuats inom ramen för arbetet är i arbetsledande ställning. Ytterligare intervjuer med medarbetare och patienter i verksamheter som arbetat med att använda kompetens rätt hade kunnat bidra med kompletterande insikter om framgångsfaktorer och risker.

Det är även viktigt att påpeka att den översiktliga litteraturgenomgångens bredd och djup har begränsats utifrån arbetets tidsram. Det finns en rad ytterligare källor som hade kunnat bidra till att ge en mer heltäckande bild. Det är avslutningsvis viktigt att betona att arbetet inte har som ambition att värdera ändamålsenligheten i att exempelvis flytta specifika arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper eller att införa specifika nya yrkesgrupper inom en viss typ av verksamhet.



Barrmonski

BEFORE LABOR BEGINS

PLATE 9

# Fyra strategier för att använda kompetens rätt

*Att ”använda kompetens rätt” är ett brett begrepp där många olika aspekter kan vägas in. I detta kapitel beskrivs därför närmare vad som menas med att använda kompetens rätt. Vidare introduceras fyra tillvägagångssätt för att använda kompetens rätt.*

## Vad är att använda kompetens rätt?

Tillgång till rätt kompetens, på rätt plats och i rätt tid är avgörande för att kunna tillhandahålla en god och säker vård. Men vad är kompetens och vad innebär det att ”använda kompetens rätt”? Enligt Svenska Institutet för Standarder definieras kompetens som ”*förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter för att uppnå avsedda resultat*”. Definitionen av kompetens inkluderar därmed både vilja och förmåga att utföra en uppgift.

Huruvida en medarbetares kompetens används ”rätt” inom vården beror följaktligen både på individuella och kontextuella faktorer. Exempelvis kan en medarbetare ha förmåga att utföra en arbetsuppgift i en lugn miljö, men inte under en stressig situation. Likaså kan medarbetarens inställning och tilltro till sin egen förmåga påverka kompetensen. Kompetensen hos hälso- och sjukvårdens medarbetare kan också påverkas av såväl fysisk och psykosocial arbetsmiljö som vårdens organisation och styrning.

Frågor om hur arbetsuppgifter ska fördelas mellan medarbetare inom vården har diskuterats under lång tid. På senare tid har många verksamheter runtom i landet arbetat med förbättringsarbeten under benämningen *Rätt Använd Kompetens* (RAK). Trots att begreppet är välkänt saknas en gemensam definition. Med tanke på detta används i denna rapport därför begreppet att *använda kompetens rätt* och en något bredare definition:

*Att använda kompetens rätt innebär att kompetenserna i arbetsgruppen sätts samman och arbetsuppgifterna delas för att möta patienternas behov på ett så effektivt sätt som möjligt.*

**Utifrån denna definition har fyra huvudsakliga tillvägagångssätt för att använda kompetens rätt identifierats:**

### **1. Fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens**

Fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens innebär att variationerna i kompetens inom en yrkesgrupp synliggörs och ligger till grund för fördelning av arbetsuppgifter. Många verksamheter arbetar exempelvis med kompetens- och karriärmodeller, kompetensbaserade scheman, utökad handledning och mentorskap för att medarbetarnas individuella kompetensprofil ska ligga till grund för hur arbetet organiseras.

### **2. Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper**

Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper innebär att en yrkesgrupp lämnar ifrån sig en definierad uppgift de tidigare utfört och haft ansvar för till en annan yrkesgrupp.

### **3. Införande av nya yrkesgrupper**

Införande av nya yrkesgrupper innebär förändringar i bemanning där nya yrkesgrupper eller en ny kompetens som tidigare inte funnits i verksamheten tillförs. Vanliga exempel är introduktion av apotekare, dietister, fysioterapeuter, optiker, vårdnära servicevärdar eller medicinska sekreterare i verksamheter där motsvarande kompetens inte tidigare funnits.

### **4. Nya teamsammansättningar**

Nya teamsammansättningar för att använda den samlade kompetensen bättre. Detta kan exempelvis innebära att team skapas kring specifika patientgrupper eller vårdprocesser.

Trots att dessa fyra huvudsakliga sätt går att observera är de i viss mån överlappande. Att införa nya yrkesgrupper innebär exempelvis ofta att det även sker en uppgiftsväxling. I praktiken används ofta två eller flera tillvägagångssätt parallellt för att använda kompetensen bättre.

För att kunna ge en överblick över kunskapsläget beskrivs i det här kapitlet varje tillvägagångssätt separat. En övergripande slutsats är att det vetenskapliga stödet för de olika tillvägagångssätten varierar och att det finns ett fortsatt stort behov av forskning kring effekterna av de olika sätten för att använda kompetens rätt.

## Fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens

### Vad innebär fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens?

Under utbildningarna till de olika vårddyrkena finns kunskapskrav för att studenten ska erhålla sin examen. Men kompetens, som nämnts tidigare, innefattar mer än bara den kunskap som förmedlas under utbildningen för respektive vårddyrke. Utöver de teoretiska och praktiska kunskaperna byggs kompetensen upp genom att medarbetaren får möjlighet att tillämpa och fördjupa sina kunskaper genom träning och klinisk erfarenhet.

Det finns en rad olika metoder för att fördela arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens. Många verksamheter har satsat på att underlätta övergången från studier till arbetsliv genom strukturerad introduktion, mentorskap och förstärkt handledning. Andra metoder kan vara att fördela ansvaret för olika patientgrupper (baserat på till exempel komplikationsrisk och komplexitet) utifrån kompetensnivå eller att låta seniora kollegor få en handledande och stödjande roll. Flera regioner arbetar också med att utveckla kompetens- och karriärmodeller för olika yrkesgrupper.

#### Kompetens- och karriärmodeller - strukturerade modeller för kompetens- och karriärutveckling

Kompetens- och karriärmodeller är en strukturerad ansats för att skapa tydligare förutsättningar för kompetens- och karriärutveckling utifrån verksamheternas behov av kompetens. Modellerna kan synliggöra karriärsteg, möjliggöra schemaläggning utefter kompetensmix och ligga till grund för planering av kompetensutveckling. Flera regioner arbetar med att utveckla kompetens- och karriärmodeller för olika yrkesgrupper även om benämningarna varierar. Karriärstegar, kompetenstrappa, eller kompetensstege är några exempel på vanligt förekommande benämningar.

#### Exempel på kompetens- och karriärmodeller:

- Region Stockholm: *sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor i klinisk vård kompetensstege steg 1–7* [7]
- Region Östergötland: *klinisk karriärstegen undersköterska, barnsköterska och skötare* [8]
- Västra Götalandsregionen: *karriärutvecklingsmodell för sjuksköterskor och barnmorskor i Västra Götalandsregionen* [9]



## **Erfarenheter från att fördela av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens**

Positiva resultat har uppnåtts genom att systematiskt fördela arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens. Det visar såväl erfarenheterna från forskning som de intervjuer som har genomförts inom ramen för detta arbete.

Forskning visar att karriärmodeller kan vara ett effektivt verktyg för att främja professionell utveckling, utveckla ansvarsfördelning och förbättra vårdens kvalitet. [10] Karriärmodeller kan även öka medarbetares tillfredsställelse med arbetet och bidra till minskad personalomsättning. För att uppnå dessa positiva effekter är det viktigt att verksamheten använder verktyget för alla medarbetare och att alla medarbetare är delaktiga under införandet. [11]

Många regioner har börjat använda karriärmodeller vid schemaläggning för att säkerställa en tillräcklig kompetensmix. Ofta finns då uttalade riktlinjer, exempelvis att det på varje pass ska finnas någon ur de mest erfarna segmentet för att kunna handleda och stödja mindre erfarna kollegor. De verksamheter som infört sådana system uppger att de uppnått effektivitetsvinster då mindre erfarna kollegor enklare kan hitta någon att fråga om råd, samtidigt som fler frågor kan hanteras under samma patientbesök istället för att patienten bokas om för att få träffa en mer erfaren kollega. Samtidigt uppges positiva utfall för medarbetarna där mindre erfarna kollegor kan få en tryggare och mindre stressig arbetsmiljö, och de mer seniora medarbetarna kan få ett ökat ansvar och utvecklas inom sin yrkesroll.

Forskning har visat på vikten av att underlätta övergången från studier till arbetsliv. I en stor svensk studie följdes nyutexaminerade sjuksköterskors mående och stress under de första yrkesverksamma åren. Var tredje nyexaminerad sjuksköterska hade höga nivåer av utbrändhetssymtom, och andelen sjuksköterskor som hade en stark önskan att lämna yrket steg från 10 procent under första året efter examen upp till 20 procent fem år efter examen. Detta berodde i stor utsträckning på att sjuksköterskorna upplevde ett glapp mellan studier och kliniskt arbete, och att arbetsuppgifterna innebar ett stort ansvar som de upplevde sig ha begränsade förutsättningar att kunna möta. [12] [13] För att underlätta övergången mellan studier och arbetsliv och förbättra arbetsmiljön för nyutexaminerade kollegor har flera verksamheter infört mentorskapsprogram. Mentorskap under de första åren i karriären kan underlätta utveckling av kompetens hos medarbetare och leda till en god vård för patienten. [14] Utöver den individuella tryggheten och positiva utvecklingen hos den enskilda medarbetaren bidrar mentorsprogram även till att minska personalomsättningen. [15] Mentorn själv får dessutom en ökad kompetens inom kommunikation, ledarskap och handledarskap. [16]

## Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper

### Vad innebär uppgiftsväxling?

Uppgiftsväxling eller ”task shifting” definieras enligt WHO som *”en rationell omfördelning av arbetsuppgifter inom en arbetsgrupp. Specifika arbetsuppgifter flyttas, där så är lämpligt, från högkvalificerad vårdpersonal till vårdpersonal med lägre kvalifikationer för att mer effektivt kunna utnyttja den samlade kompetensen”*. [17]

Under lång tid har det skett förändringar av kompetensmixen och vårdyrkenas roller. Exempelvis infördes många av de yrken som idag anses ha en självklar plats i vården (exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter och kliniska farmaceuter) som ett svar på den stora expansionen av hälso- och sjukvården på 1960-talet. [18] På samma sätt minskade antalet vårdbiträden och undersköterskor kraftigt på 1990-talet som en följd av den dåvarande finanskrisen. [19] Dessa förändringar har dock inte kallats uppgiftsväxling utan har snarare betraktats som ett svar på förändringar i samhället.

Med uppgiftsväxling inom svensk hälso- och sjukvård avses ofta att en yrkesgrupps arbetsuppgifter renodlas. Därmed kan yrkesgrupper i högre utsträckning arbeta med det som är deras primära arbetsuppgifter och som inte kan utföras av någon annan. [20] I de intervjuer som har genomförts inom ramen för det här arbetet framkommer att det finns flera olika typer av uppgifter som kan växlas mellan vårdpersonal, exempelvis:

- Medicinska interventioner, förskrivning av vissa läkemedel eller bedömningar från läkare till barnmorska eller sjuksköterska.
- Omvårdnadsinsatser från barnmorska/sjuksköterska till undersköterska.
- Service och underhåll från vårdpersonal till servicepersonal.
- Administration från läkare, sjuksköterska, barnmorska och undersköterska till vårdadministratör.

### Erfarenheter av uppgiftsväxling

Merparten av den forskning som utförts i jämförbara länder som Sverige har belyst utfallet då uppgifter växlas mellan legitimerad personal, så som läkare, sjuksköterskor, barnmorskor eller fysioterapeuter. Forskningen indikerar att det går att uppnå positiva resultat med uppgiftsväxling, men att det finns risker som behöver beaktas.

Flera studier har visat på bibehållna eller förbättrade kliniska resultat vid uppgiftsväxling. Exempelvis har detta framkommit i en meta-analys över uppgiftsväxling mellan läkare och sjuksköterska [21], i studier som utvärderat uppgiftsväxling mellan läkare och barnmorska [22] [23] samt mellan läkare och fysioterapeut [24] [25]. Forskning har också visat att uppgiftsväxling kan

leda till en förbättrad tillgänglighet. Exempelvis beskrivs i en litteraturstudie från 2017 hur tillgängligheten i primärvården förbättrades när uppgifter som exempelvis receptförnyelse och patientutbildning växlades från läkare till sjuksköterska. [26] Vidare finns viss forskning som stödjer att uppgiftsväxling kan leda till en mer kostnadseffektiv vård. En svensk studie har bland annat visat att skifte av avgränsade delar av medicinsk abortmottagning från läkare till barnmorskor är såväl patientsäkert som mer kostnadseffektivt. [27] Ett annat exempel är då bedömningar av muskuloskeletal smärta flyttats från läkare till fysioterapeuter i primärvården, där resultaten visade på en ökad kostnadseffektivitet. [28] Flera företrädare för verksamheter som blivit intervjuade inom ramen för det här arbetet uppger att arbetet med uppgiftsväxling använts som en viktig strategi för att bli oberoende av hyrpersonal. Genom att frigöra tid för kärnuppgifter hos briststyrken kan behovet av hyrpersonal minska.

#### Uppgiftsväxling av vissa medicinska aborter från läkare till barnmorska

I en svensk randomiserad kontrollerad studie från Karolinska institutet från 2015 belystes konsekvenserna av uppgiftsväxling av vissa medicinska aborter från läkare till barnmorska. Studien, vilken omfattade totalt 1180 friska kvinnor som sökte vård för att genomföra abort vid ett svenskt universitetssjukhus, genomfördes under perioden 2011–2012. Patienterna tillfrågades om att delta i studien och randomiserades sedan till standardbehandling, det vill säga att (1) läkare genomförde ultraljudsundersökning och abort och barnmorska gav efterföljande information eller till att (2) barnmorska genomförde ultraljudsundersökning, abort och efterföljande information. Uppföljningen omfattade bland annat förekomst av komplikationer, patientupplevelse och kostnadseffektivitet. I studien framkom att de medicinska aborter som utfördes av barnmorska var lika säkra som när läkare utför samma intervention. Kvinnor som genomfört abort hos barnmorska uppgav även att de skulle föredra att träffa en barnmorska framför läkare om de skulle hamna i samma situation igen. [22]

En uppföljande publikation från samma studie har dessutom visat att uppgiftsväxlingen är kostnadseffektiv. [27] Resultaten från studien är statistiskt signifikanta och har använts som underlag vid beslut om uppgiftsväxling och införande av barnmorskeledd abortmottagning på flera håll i landet.

I litteraturen liksom i intervjuer med verksamhetsföreträdare lyfts i regel två olika typer av risker som kan uppstå vid uppgiftsväxling: försämrad patientsäkerhet liksom försämrad arbetsmiljö för medarbetarna. Patientsäkerheten kan påverkas av uppgiftsväxling på åtminstone tre olika sätt. Den primära risken uppstår om medarbetaren som ska ta över uppgiften saknar tillräcklig

kompetens, vilket i sin tur kan leda till att uppgifter inte utförs, utförs med otillräcklig kvalitet eller att patienten utsätts för skada. [29] Risker kan också uppstå till följd av att vården blir fragmenterad, vilket i sin tur leder till att bedömningar av helheten går förlorad och att patienten upplever otrygghet och bristande kontinuitet. Vidare måste hänsyn tas till långsiktiga konsekvenser för de berörda yrkesgrupperna - exempelvis kan uppgiftsväxling leda till att kompetensen med tiden kommer försvinna inom den yrkesgrupp som överlämnar uppgifter. Det behöver inte alltid vara ett problem, men om den avlämnande yrkesgruppen fortsatt behöver inneha kompetensen måste detta hanteras.

Forskning visar att uppgiftsväxling kan påverka arbetsmiljön både positivt och negativt. Exempelvis framkommer i en systematisk litteraturgenomgång om uppgiftsväxling bland barnmorskor att övertagandet av uppgifter som tidigare utförts av läkare kan leda till en högre yrkesstatus, förbättrade kliniska färdigheter och en ökad tillfredställelse med arbetet. Samtidigt finns en risk att ostrukturerade förändringar i arbetsfördelningen liksom en ökad arbetsbelastning leder till stress. Studier har även visat att uppgiftsväxling kan leda till att barnmorskors syn på sitt yrke och sin professionella identitet utmanas. När barnmorskor övertar uppgifter från läkare kan det bland annat medföra att arbetet i större utsträckning blir inriktat på olika sjukdomstillstånd och komplikationer, vilket kan utmana barnmorskans traditionella syn på graviditet och barnafödande som en frisk och fysiologisk process. Uppgiftsväxling till undersköterskor eller doulor kan i sin tur utmana barnmorskans önskan om att erbjuda kvinnan en holistisk omvård och även väcka oro hos barnmorskor för att alliansen med den födande ska försämrats. [30]

Sammanfattningsvis visar forskning och intervjuer med verksamhetsföreträdare att uppgiftsväxling kan leda till positiva utfall för både patienter och medarbetare samt ett förbättrat resursutnyttjande. Samtidigt framkommer att det finns risker kopplat till både patientsäkerhet och arbetsmiljö i samband med uppgiftsväxling. Förekomsten av risker pekar på vikten av att förändringar alltid måste föregås av en noggrann riskanalys och följas upp på ett strukturerat sätt. I kapitel 4 och 5 beskrivs en rad förslag på hur risker kan identifieras, analyseras och hanteras.

Det finns också ett stort behov av fortsatt forskning som undersöker konsekvenserna av uppgiftsväxling, i synnerhet mellan legitimerade yrkesgrupper och icke-legitimerade yrkesgrupper (såsom undersköterskor eller vårdnära servicevårdare) i en svensk kontext. En annan utmaning är att det saknas en enhetlig och allmänt vedertagen terminologi för uppgiftsväxling (ett urval av

alla begrepp som förekommer är task shifting, task sharing och work shifting på engelska och uppgiftsväxling, uppgiftsglidning och uppgiftsförflyttning på svenska). Begreppen används på olika sätt för olika typer av arbeten i olika studier vilket försvårar jämförelser.

## **Införande av nya yrkesgrupper**

### **Vad innebär införande av nya yrkesgrupper?**

Med införande av nya yrkesgrupper menas i den här rapporten förändringar i bemanningen där yrkesgrupper som tidigare inte funnits i verksamheten tillförs. Vanliga exempel är introduktion av apotekare, dietister, fysioterapeuter, kulturdoulor, optiker, vårdnära servicevårdar eller medicinska sekreterare i verksamheter där motsvarande kompetens inte tidigare funnits. Även om inte alla exemplen ovan traditionellt betraktas som egna yrkesgrupper rubriceras de så i den här rapporten.

### **Erfarenheter från att införa nya yrkesgrupper**

Vårdnära service innebär att vissa insatser i patientens närhet (till exempel lokalvård, måltids- och förrådshantering och patienttransporter) utförs av servicepersonal utan sjukvårdsutbildning. Tanken är att vårdnära servicevårdar ska öka möjligheterna för vårdpersonalen att kunna fokusera på sina kärnuppgifter. SBU har undersökt effekten av införandet av vårdnära servicevårdar för patienter och medarbetare men konstaterade att det saknas systematiska översikter på ämnet. Det innebär att det i nuläget saknas tillräcklig evidens för att dra slutsatser om effekterna. [31] Det pågår dock flera pilotstudier som visar på positiva resultat utifrån såväl ett patient-, medarbetar- och verksamhetsperspektiv. För patienten kan införande av vårdnära service kopplas till bland annat färre trycksår och fallskador, färre vårdrelaterade infektioner samt förbättrad nutrition. Resultaten visar att arbetsmiljön kan förbättras då medarbetare i högre utsträckning kan ägna sig åt arbetsuppgifter de är utbildade för. Utvärderingar visar också att förbättrad arbetsmiljö kan göra verksamheten till en mer attraktiv arbetsplats för vårdpersonal, vilket kan underlätta rekrytering av nya medarbetare. Andra fördelar som identifierats i pilotstudierna är att patientnöjdheten ökar och att kvaliteten på lokalvården förbättras. [32]

### Införande av vårdnära servicevärdar i Region Östergötland och Region Norrbotten

Flera regioner har arbetat med införandet av vårdnära servicevärdar. I Region Östergötlands utvärdering framkommer flera positiva resultat. Undersköterskorna beräknas i snitt lägga två timmar mer av sin arbetstid på patientnära arbete varje pass och de uppper en förbättrad och mindre stressig arbetsmiljö, med färre avbrott i patientarbetet. Patienter uppper att de snabbare får hjälp då de ringer efter personal och att de i högre utsträckning får välja mat än tidigare. Städkvaliteten har även förbättrats från 30 procent godkända städningar till 72 procent efter det att servicepersonalen tog över. Förutom förbättringar för patienter och medarbetare har regionen även minskat kostnaderna då införandet av vårdnära servicevärdar har minskat antalet onödiga vårddygn för patienter som är medicinskt färdigbehandlade. Detta beskrivs ha uppnåtts genom att undersköterskorna i högre utsträckning hinner med förberedelser för utskrivning vid planering för hemgång och genom att en mer effektiv patientnära städning tros leda till färre vårdrelaterade infektioner. [33]

Ett annat exempel är Region Norrbotten som införde vårdnära servicevärdar med målsättning att förbättra vårdpersonalens arbetsmiljö genom att frigöra tid från serviceuppgifter. Även här kunde vårdpersonalen i större utsträckning fokusera på rena omvårdnadsuppgifter. I sin utvärdering av projektet noterade regionen att införandet av vårdnära servicevärdar har lett till en kedjereaktion där den frigjorda tiden från undersköterskorna ledde till uppgiftsväxling mellan sjuksköterskor och undersköterskor, vilket i sin tur ledde till en mer hållbar arbetsbelastning för flera yrkesgrupper. [34]

Kulturdoulor är en annan kompetens som införts i flera regioner. Ett kontinuerligt stöd under förlossningen (av doula, vårdpersonal eller närstående) kan enligt tidigare studier leda till ett flertal positiva effekter såsom minskat antal akuta kejsarsnitt och instrumentella förlossningar, minskat behov av smärtlindring och kortare förlossningsförlopp. Dessutom leder det till ett bättre allmäntillstånd hos det nyfödda barnet samt att den födande kvinnan är nöjdare med sin förlossningsupplevelse. [35] Trots att resultaten ovan är från studier gjorda utanför Sverige, bedömer SBU att det kan översättas till svenska förhållanden. [36] Kvinnor som fått stöd av en doula i samband med graviditet och förlossning har beskrivit att doulan utöver att ha förbättrat förlossningsupplevelsen även bidragit till ett ökat förtroende för mödrahälsovården i Sverige. [37] I en svensk intervjustudie tillfrågades barnmorskor hur de upplevt att ha arbetat med kulturdoulor. Barnmorskorna uppgav att doulor underlättat deras arbete, genom att skapa ett större lugn och trygghet hos kvinnan, samtidigt som kommunikationen mellan barnmorska och den födande blivit bättre. [38] Många av de regioner som arbetat med kulturdoulor och som intervjuats inom ramen för detta arbete beskriver liknande upplevelser av att såväl patient, doula som barnmorska rapporterar en positiv upplevelse efter införandet.

Antalet kliniska farmaceuter i vården har ökat under de senaste åren och idag har samtliga regioner kliniska farmaceuter anställda. En avhandling visar att läkemedelsrelaterade återinläggningar minskar, bland vissa patientgrupper upp till 50 procent, när kliniska farmaceuter är en del i vårdteamet. [39] En annan studie undersöker effekter från införandet av kliniska farmaceuter inom intensivvården. Studien visar att kliniska farmaceuter bidrog till minskad mortalitet, kortare vårdtider samt färre läkemedelsbiverkningar för patienter. [40] Flera verksamhetsföreträdare i olika regioner uppger också att införandet av kliniska farmaceuter leder till en mer hållbar arbetsmiljö för medarbetarna.

Införandet av rehabiliteringskoordinatorer i primärvården är ytterligare ett exempel på ny kompetens i vården. Hittills finns endast ett fåtal studier avseende effekter av rehabiliteringskoordinatorer, varför resultaten bör tolkas med försiktighet. I en randomiserad studie i Region Stockholm har patienter som fått stöd av en rehabiliteringskoordinator en något lägre genomsnittlig sjukskrivningsgrad över tid. De är också sjukskrivna kortare tid och har färre återsjukskrivningar jämfört med en kontrollgrupp. [41] Annan forskning visar att funktionen för rehabiliteringskoordination kan ge positiva effekter både på patientens rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering, samt för samverkan med externa parter. [42]

Optiker är en annan yrkesgrupp som i allt större utsträckning verkar i vården i Sverige. Även andra länder så som Storbritannien och Australien har flyttat vissa arbetsuppgifter som screening och monitorering av vissa ögonsjukdomar från ögonläkare och ögonsjuksköterskor till optiker. Studier visar att optiker med hög precision kan upptäcka flera ögonsjukdomar och tillstånd [43] och i Australien har optiker även börjat följa upp och sätta in behandling för mindre allvarliga former av vissa ögonsjukdomar. [44]

Sammanfattningsvis visar forskning och erfarenheter att införandet av nya yrkesgrupper i verksamheter där den tidigare inte funnits kan leda till positiva utfall för såväl patienter och medarbetare som verksamheten. Som tidigare konstaterats finns dock ett stort behov av forskning som undersöker konsekvenserna av uppgiftsväxling mellan legitimerade yrkesgrupper personal och icke-legitimerade yrkesgrupper i en svensk kontext.

## Nya teamsammansättningar

### Vad innebär nya teamsammansättningar?

Nya teamsammansättningar innebär i denna rapport att gå från ett system där medarbetare och yrkesgrupper arbetar i separata arbetsprocesser, till att i högre utsträckning arbeta tillsammans med gemensamma mål. Inom teamet fördelas uppgifter baserat på patientens behov och det aktuella teamets olika kompetenser för specifika arbetsuppgifter. Redan idag är arbetet i vården i hög utsträckning utformat som teamarbete. Men för att använda kompetens rätt krävs att medlemmarna i teamet har kännedom om varandras kompetenser. Arbetet måste också fördelas så att teamets sammanlagda kompetens nyttjas på bästa sätt för att möta patientbehovet. Det kan handla om att organisera arbetet runt en viss patientgrupp eller vårdprocess i tvärprofessionella team eller om att se över vilka kompetenser som behövs vid tvärprofessionella rutiner som ronder eller mottagningar.

### Erfarenheter av nya teamsammansättningar

Trots att team och teamarbete är frekvent återkommande begrepp inom hälso- och sjukvården är det långt ifrån alltid ett välfungerande teamarbete kommer till stånd. Det finns olika definitioner av team, men de flesta beskriver att teamet behöver ha tydliga mål, en god kommunikation med regelbundna avstämningar och att medlemmarna ska ha tydliga roller. I ett effektivt team samarbetar alltså medarbetare inom ordnade former, där resultatet är avhängigt att alla bidrar med olika kompetenser och utför uppgifter inom sina respektive ansvarsområden. Många som arbetar inom hälso- och sjukvården upplever att de arbetar i team men ofta saknas tydliga och uttalade mål och det ses även brister i samarbetet. Dessa team benämns som pseudoteam eller "falska" team. "Falska" team presterar sämre jämfört med "riktiga" team och kan medföra en ökad risk för allvarliga misstag som kan leda till skada för patienten.

I en studie av den offentliga vården i England (NHS) 2006 granskades förekomsten av falska team. Resultatet visade att 90 procent av de drygt 120 000 medarbetare som tillfrågats i studien upplevde att de arbetade i team. Då medarbetarna sedan fick svara på frågor om hur teamarbetet gick till i praktiken, visade det sig att endast omkring hälften faktiskt arbetade i "riktiga" team, medan resterande medarbetare arbetade i olika former av "falska" team. I de "falska" teamen upplevde inte teammedlemmarna att de var beroende av någon annan i teamet för att klara sin uppgift. Det gemensamma målet var heller inte klargjort vilket gjorde det svårt att lösa uppgifter på ett effektivt sätt. [45]



### Fem positiva dimensioner av ett effektivt teamarbete

Det finns många fördelar med ett effektivt teamarbete inom hälso- och sjukvården enligt forskningen. I en systematisk litteraturgenomgång där författarna samlade det vetenskapliga stöd som finns kring teamarbetets effekter och utfall drogs slutsatsen att ett effektivt tvärprofessionellt teamarbete kan ge positiva utfall inom fem olika dimensioner:

1. Resurser kan snabbare mobiliseras kring patienter.
2. Medicinska insatser kommer på plats tidigare än då medarbetare arbetar var för sig.
3. Ökad följsamhet till riktlinjer och behandlingsrekommendationer, där strukturer för hur dessa ska implementeras i den kliniska vardagen utformades i större utsträckning.
4. Större samsyn bland vårdpersonalen kring bedömning och behandling av olika tillstånd, vilket i sin tur kan minska omotiverade skillnader i handläggning av olika medicinska tillstånd.
5. Ett välfungerande teamarbete ger medarbetare gemensamma referensramar, vilket ökar den enskilda medarbetarens förståelse för den egna rollen i vårdprocessen och behovet av olika interventioner. [46]

Andra studier har visat att kontinuiteten för patienten kan öka samtidigt som övergångarna mellan vårdprocesser kan gå smidigare när teamarbetet bedrivs på ett mer effektivt sätt. Detta beskrivs bero på en ökad samsyn och kännedom mellan medarbetare avseende varandras kompetenser och ansvarsområden och en mer sammanhållen information, vilket är en viktig aspekt för patientnöjdhet och patientsäkerhet. [47] Även arbetsmiljön kan förbättras vid tvärprofessionellt teamarbete. Medarbetare som arbetar i välfungerande grupper trivs i högre utsträckning på sitt arbete. [48] Ett gott kollegialt stöd och en känsla av sammanhang är även väl kända faktorer för att minska upplevelsen av stress. [49]

I en systematisk litteraturgenomgång granskades vilket vetenskapligt stöd som finns för hur tvärprofessionella team påverkar kliniska utfall. Författarna fann vissa positiva tendenser avseende exempelvis patientutfall, kostnader och personalens följsamhet till riktlinjer. [50] Studier har också visat att effektivt teamarbete kan leda till lägre mortalitet på vårdavdelningar [51] och ökad aktivitets- och funktionsförmåga vid rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer [52].

En förutsättning för gott samarbete är att medlemmarna i teamet känner trygghet och tillit till varandra. För att åstadkomma detta behöver teamet ha en samsyn kring målsättning och samarbetsformer. [48] För att uppnå ett effektivt teamarbete är det även viktigt att medarbetare har en förståelse för sin egen och andras roller och kompetenser. Inom vården kan det vara särskilt utmanande att utforma effektiva team då medlemmarna ofta varierar till följd av skiftarbete samt återkommande rotation inom vissa yrkesgrupper (exempelvis ST- och AT-läkare). När medlemmarna i teamet inte känner varandra personligen blir det särskilt viktigt att etablera tydliga rutiner och att ha en gemensam bild av teamets mål.





## Så gjorde vi – tips och lärdomar från fyra verksamheter

*Nedan beskrivs praktiska tips och lärdomar från fyra verksamheter som förhoppningsvis kan inspirera och stödja andra som vill använda kompetensen bättre i sina verksamheter. Dessa exempel har valts ut, bland många andra lärorika utvecklingsarbeten, för att illustrera olika tillvägagångssätt som använts i verksamheter med olika förutsättningar och utgångslägen.*

### **Satsningar på stärkt introduktion, mentorskap och förändrad kompetensmix på Falu lasarett**

För några år sedan hade Falu lasarettets förlossningsklinik kompetens- och personalbrist. Bristen uppstod på grund av ett ökat antal förlossningar på kliniken, men också därför att flera medarbetare valde att sluta och ytterligare andra gick i pension. Genom satsningar på stärkt introduktion, mentorskap, förändrad kompetensmix och tydligare roller har kliniken kunnat möta det ökade vårdbehovet och samtidigt skapa en trygg arbetsmiljö för såväl erfarna- som nyexaminerade kollegor.

#### Fakta om Falu lasarettets förlossningsklinik

Förlossningskliniken i Falun tillhör Region Dalarna, en region med cirka 290 000 invånare. Kliniken har ansvar för ett stort geografiskt område och har cirka 3 000 förlossningar per år. Verksamheten i Falun omfattar både förlossning och BB, gynekologisk mottagning och specialismödravård.

### **Varför genomfördes förbättringsarbetet?**

Under år 2009 stängdes förlossningskliniken i grannstaden Mora, vilket ledde till ett ökat patientflöde till förlossningskliniken i Falun. Samtidigt lämnade många erfarna barnmorskor förlossningskliniken på grund av förändrade arbetsvillkor och stora pensionsavgångar. Liksom på många andra platser i landet var det samtidigt en utmaning att rekrytera nya medarbetare.

”Behovet av barnmorskor blev kännbart för hela kliniken, för det spillde ju över även på våra andra medarbetare. Undersköterskorna blev uttröttade av att göra dels sitt eget jobb, och sedan täcka upp för det barnmorskorna inte hann göra”, minns Anna-Lena Fältsjö, biträdande avdelningschef på förlossningen vid Falu lasarett.

Anna-Lena förstod att situationen inte skulle vara hållbar på sikt. Hon bestämde sig därför för att initiera flera förbättringsarbeten.

### **Vad gjorde vi?**

#### ***Utbildningstjänster för att öka tillgången till barnmorskor***

En av insatserna för att lösa barnmorskebemanningen mer långsiktigt var att utlysa så kallade utbildningstjänster som sjuksköterskor kunde söka för att vidareutbilda sig till barnmorskor. Det innebar att sjuksköterskorna fick lön under den ett och ett halvt år långa vidareutbildningen till barnmorska. ”Till skillnad från när vi annonserade efter redan utbildade barnmorskor och inte fick en enda sökande, hade vi väldigt många som var intresserade av utbildningstjänsterna”, berättar Anna-Lena Fältsjö.

#### ***Strukturerad introduktion för nyutbildade barnmorskor***

När de första kullarna av nyutexaminerade barnmorskor blivit färdiga fick de en kort inskolning på kliniken för att sedan direkt börja arbeta självständigt i den nya rollen. ”För många nya barnmorskor blev det en alltför hastig start, och de kände sig otrygga och osäkra i sin nya roll. Efter att flera av barnmorskorna slutat på kliniken, insåg vi nödvändigheten av att ge nyutexaminerade ett bättre stöd”, berättar Anna-Lena Fältsjö.

På Falu lasarets förlossningsklinik infördes därför ett strukturerat introduktionsprogram som inleds med cirka två veckor på antenatalavdelningen, där den nyutexaminerade barnmorskan får erfarenhet av komplicerade graviditeter, planerade kejsarsnitt och induktioner, följt av fyra till fem veckors introduktion på förlossningsavdelningen. Introduktionen sker under handledning av en erfaren kollega med kontinuerlig utvärdering. Längden på introduktionsprogrammet kan därmed anpassas individuellt efter den nyutexaminerade barnmorskans behov och förutsättningar. Utöver den kliniska handledningen har kliniken även infört ett mentorskapsprogram. Samtliga nya barnmorskor blir tilldelade en mer erfaren kollega som stöttar, ger råd och fungerar som bollplank.



Anna-Lena Fältsjö, biträdande avdelningschef på förlossningen vid Falu lasarett

För att ytterligare stödja nya kollegor i rollen som barnmorska har kliniken även bildat en grupp för alla barnmorskor med mindre än två till tre års klinisk erfarenhet. Medlemmarna i den så kallade Gröna gruppen träffas en gång per månad och en heldag per termin. Varje träff har ett tema och omfattar både teori och praktik. Innehållet i utbildningarna anpassas efter barnmorskornas behov och har även resulterat i en checklista över vad som bör ingå i en inskolning för att nya medarbetare ska känna sig trygga.

”Tyvärr tappade vi några av de första barnmorskorna som blev färdiga till följd av att vi inte hade ordnat introduktionen när de blev klara. Nu har vi 16 barnmorskor på kliniken som vi har rekryterat via utbildningstjänster och vi erbjuder fortsatt ett antal utbildningstjänster varje år”, berättar Anna-Lena Fältsjö.

### **Nya roller för att skapa ökad flexibilitet**

Genom att utgå från vilka kompetenser som behövs för att utföra olika arbetsuppgifter har förlossningskliniken kunnat öka flexibiliteten i bemanningen, både genom att införa nya roller och genom att förändra arbetssätten för befintliga roller.

Några av verksamhetens erfarna undersköterskor gick under hösten 2017 en vidareutbildning till specialistundersköterska inom förlossningsvård. Utbildningen omfattade bland annat förlossningsstöd, att sätta nål och att utföra urintappning. Den nya rollen medförde en ökad flexibilitet i barnmorskans och undersköterskans teamarbete på förlossningen, och ett ökat stöd för mindre erfarna barnmorskor. Om barnmorskan exempelvis behöver ha ett stödjande samtal med en familj efter en förlossning kan undersköterskan sätta nål på en ny kvinna som kommer in.

På Falu lasarets förlossningsklinik har även en koordinatorsroll införts efter inspiration hämtad från förlossningsavdelningen på Centralsjukhuset i Karlstad. Koordinatören är en erfaren barnmorska som fungerar som ”spindeln i nätet” på varje pass. För de mindre erfarna kollegorna är det en trygghet att alltid veta vem de kan vända sig till om de har frågor eller behöver stöd.

Koordinatorn har inga egna patienter utan leder och fördelar arbetet. Vid oväntade händelser eller komplikationer är koordinatören en första instans för medarbetarna att vända sig till. Koordinatorn kan även bistå kollegor med att genomföra undersökningar och sköta CTG-övervakning (elektronisk fosterövervakning). Koordinatorn svarar i telefonen dygnet runt och sitter även med på ronderna för att på så sätt vara insatt i såväl patienterna på väg in till förlossningskliniken som de redan inskrivna. ”Det skapar ett lugn bland personalen att alltid ha en koordinator att vända sig till” berättar Anna-Lena Fältsjö.

Slutligen har kliniken infört en ny roll: bemanningsassistent. Rollen innebär att en undersköterska tar ansvar för uppgiften att säkerställa en jämn bemanning på alla pass, vilket tidigare gjordes av cheferna. Vid frånvaro ringer bemanningsassistenten in personal eller omfördelar medarbetare så att schemat går ihop. Bemanningsassistenten sparar därmed mycket arbete för cheferna i den dagliga hanteringen av schemafrågor. Dessutom bidrar bemanningsassistenten till ökad trygghet för medarbetarna då det är en och samma person de har kontakt med, exempelvis i samband med sjukdom eller vård av barn (vab).

*Genom att undersköterskor nu har fått kompetens att utföra flera uppgifter kan arbetet fördelas mer flexibelt i teamet, utifrån hur mycket barnmorskan respektive undersköterskan har att göra i stunden.*

### **Schemaläggning med rätt kompetensmix och återhämtning för medarbetarna**

För att säkerställa en balanserad kompetensmix på arbetspassen har rutinerna för schemaläggning setts över. En modell för så kallade kompetensbaserade scheman har införts. Modellen bygger på fasta grundschema, kunskap om hälsosamma scheman samt en ram för hur kompetensmixen ska se ut på varje pass. Ramen för kompetensmix kan exempelvis vara att det alltid ska finnas två erfarna barnmorskor och två erfarna undersköterskor i tjänst dygnet runt. Utöver detta har medarbetarna fått lämna in egna önskemål. Scheman utformas sedan för perioder på tio veckor.

”Med det här systemet hjälper vi också våra medarbetare att få sin återhämtning, då det automatiskt säkerställer att varje person får tillräckligt med ledighet. När vi räknat på det märker vi också hur mycket arbetstid vi sparar på att ta ett helhetsgrepp om schemalaggningen. Förut tog schemalaggningen 3 000 timmar per år. Nu lägger vi ner mellan 300 och 500 timmar” berättar Anna-Lena Fältsjö.

## Hur gjorde vi och vad lärde vi oss?

### *Studiebesök på annan ort*

Efter några ansträngda år mellan 2011 och 2016 då flera barnmorskor lämnade förlossningskliniken i Falun frågade sig Anna-Lena Fältsjö hur andra kliniker gör för att behålla sina medarbetare.

”Jag visste att till exempel förlossningskliniken i Karlstad inte hade några bemanningssvårigheter, så jag kontaktade dem och åkte dit på studiebesök. Där arbetar de bland annat med internutbildningar utefter olika teman och jag tog också med mig inspiration från deras arbete med schemalaggnings, där de hittat ett system som medarbetarna var nöjda med. Vidare hade de infört nya roller, exempelvis koordinatorsrollen för erfarna barnmorskor, och den idén var något jag tog med mig hem till vår klinik”.

### *Involvering och frågestunder*

När förbättringsarbetet skulle initieras på förlossningskliniken i Falun var det initialt vissa medarbetare som inte var engagerade. Särskilt barnmorskorna var tveksamma till att dela med sig av arbetsuppgifter. Men genom att föra en nära dialog med medarbetarna, och involvera dem i planeringen utvecklades till slut en samsyn. En viktig lärdom från arbetet i Falun är att låta själva förändringarna ta tid samt att hitta arbetssätt som gör det möjligt för medarbetarna att vara delaktiga i förbättringsarbetet.

Anna-Lena Fältsjö berättar: ”All förändring är svår så man får inte gå för fort fram. Kan man och har tid är det viktigt att förankra det nya arbetssättet eller förändringen man vill göra med medarbetarna. För oss var läget så pass ansträngt att förändringen brådskade, så vi fick informera medarbetarna, både ofta och mycket. Ibland ordnade vi särskilda frågestunder där de fick lyfta sina farhågor och åsikter”.

När Anna-Lena Fältsjö ser tillbaka på alla förbättringsarbeten som nu genomförts, blir några saker särskilt tydliga: Den täta dialogen under förändringsfasen och den tydliga rollfördelningen gav en tryggare och mer hållbar arbetsfördelning för medarbetarna. Farhågorna som lyftes tidigt i processen försvann tack vare de goda resultaten.



## TIPS!

Våra lärdomar och tips till andra:

- Ha tät dialog med medarbetarna. Fråga vad som är viktigt, dela mycket information och ofta!
- Gå inte för fort fram
- Blunda inte för "revir" som finns mellan yrkesgrupperna. Prata öppet om det!
- Utgå från kompetens och inte yrke när vården ska planeras
- Lär av andra men anpassa sedan till den egna verksamheten
- Tydliggör nya roller och vad medarbetare kan förvänta sig av de nya rollerna

## Vad uppnådde vi?

### ***Högre medarbetarnöjdhet och lägre personalomsättning***

Efter införandet av strukturerad inskolning och kompetensutveckling trivs personalen på kliniken bättre och barnmorskorna stannar i högre utsträckning kvar. Det här visar sig i medarbetarenkäter, medarbetarsamtal och i en lägre personalomsättning.

”Tack vare ett förtydligande av roller, att vi säkerställt att lite mindre erfarna kollegor alltid har någon att vända sig till vid osäkerhet och en kontinuerlig kompetensutveckling råder nu ett större lugn i verksamheten. Att medarbetarna dessutom fått större möjlighet att påverka sitt schema skapar en bättre arbetsmiljö, så nu kan vi fokusera på att jobba när vi är på jobbet”, sammanfattar Anna-Lena Fältsjö.

### ***Nöjdare patienter och minskad förekomst av allvarliga bristningar***

Kliniken har även följt upp patientrelaterade utfall så som kvinnans upplevelse av vården samt andelen allvarliga bristningar. Resultaten visar exempelvis att födande kvinnor upplever vården och stämningen på avdelningen som mycket god och att förekomsten av allvarliga bristningar i samband med förlossning har minskat, i synnerhet i samband med instrumentell förlossning med sugklocka.

### ***Effektivare användning av medarbetarnas tid***

Klinikens ledning upplever också att medarbetarnas tid nu kan användas bättre, bland annat genom att tiden som läggs på schemaläggning har minskat från cirka 3 000 timmar per år till mellan 300 och 500 timmar. Den typen av tidsvinster kan användas till patientnära arbete.

## Uppgiftsväxling och nya teamsammansättningar på Kvinnokliniken i Hudiksvall

På Kvinnokliniken i Hudiksvall har ett förbättringsarbete innefattande bland annat uppgiftsväxling, införande av nya kompetenser och nya teamsammansättningar lett till högre tillgänglighet och minskade kostnader. Kliniken har också fått lättare att rekrytera och behålla medarbetare. I det här exemplet berättar några av personerna bakom förbättringsarbetet om hur allt började och vilka förändringar de genomfört. De ger också sina bästa tips till andra som vill arbeta strukturerat med att använda kompetensen rätt.

### Fakta om Kvinnokliniken i Hudiksvall

Kvinnokliniken i Hudiksvall tillhör Region Gävleborg, en region med cirka 286 000 invånare och cirka 3 000 förlossningar per år. Regionen har ansvar för ett stort geografiskt område fördelat på två förlossningskliniker, en i Gävle och en i Hudiksvall. Verksamheten i Hudiksvall har cirka 1 100 förlossningar varje år och omfattar gynekologisk slutenvård, BB, förlossning, gynekologisk mottagning och specialismödravård.

### Varför genomfördes förbättringsarbetet?

2015 var läget på Kvinnokliniken i Hudiksvall ansträngt. På grund av ett stort remissinflöde och många patienter som kontaktade kliniken hade vårdköerna vuxit. Målen för vårdgarantin nåddes inte. Samtidigt rådde brist inom flera yrkesgrupper. Framförallt saknades barnmorskor, sjuksköterskor och läkare. Ledningen uppfattade att verksamheten befann sig i en negativ spiral.

”Vi anlidade mycket hyrpersonal och medarbetarna upplevde att rutiner och samarbete tappades bort och att mycket extraarbete gick åt till att bemöta missnöje från patienter för de långa väntetiderna”, berättar Åsa Celandier, vårdenhetschef för förlossningskliniken i Hudiksvall och tidigare vikarierande chef på gynekologiska mottagningen i Hudiksvall.

Mot den här bakgrunden bestämde sig cheferna på kvinnoklinikens slutenvårds- respektive öppenvård för att ta ett helhetsgrepp om situationen för att korta vårdköerna, öka tillgängligheten och förbättra arbetsmiljön för medarbetarna.

### Vad gjorde vi?

Cheferna började med att fundera över verksamhetens förutsättningar och kvinnornas behov. De hade svårt att rekrytera och behålla barnmorskor, sjuksköterskor och läkare, men desto lättare att rekrytera undersköterskor. För att hitta anpassade lösningar för verksamheten gällde det att utmana de gamla arbetssätten och rollerna.



Åsa Celander, vårdenhetschef för förlossningskliniken i Hudiksvall

Genom att rekrytera vårdnära servicevärdar och fler undersköterskor kunde fler medarbetare hjälpas åt med arbetsuppgifterna. Servicevärdarna tog ansvar för städning, transport och uppackning, vilket frigjorde tid för vårdpersonalen. Uppgiftsväxlingar genomfördes sedan mellan flera yrkesgrupper inom verksamheten. Till exempel började undersköterskor att assistera läkare och barnmorskor med att bland annat förbereda de planerade kejsarsnitten, vilket frigjorde en barnmorsketjänst per vecka. Barnmorskor ansvarar idag för majoriteten av ultraljud och delar av de medicinska aborterna som tidigare sköttes av läkare. Barnmorskor utför även vissa åtgärder kopplat till gynekologisk cellprovtagning och handläggning av cellförändringar som läkare tidigare ansvarade för. Några sjuksköterskor har fått rollen som kontaktsjuksköterska för patienter med gynekologisk cancer, för vilka de har en egen mottagning. Den sköttes tidigare av läkare inom gynekologisk onkologi. Idag är det undersköterskor som bokar och kallar patienter medan sekreterarna arbetar mer med vårdnära administration. Slutligen har undersköterskorna ansvar för provtagning på barnmorskemottagningen och assisterar läkarna vid vissa kirurgiska ingrepp. Till en början var några av undersköterskorna nervösa inför att ta över uppgifter som tidigare utförts av sjuksköterskor, men med stöd från kollegorna gick det bra. ”Efter att ha gått bredvid sin sjuksköterskekollega en dag kom undersköterskan tillbaka till mig med en helt annan inställning än då vi först diskuterade att hon skulle ta över en del av tidbokningen. Hon kände att hon skulle klara av det, och tillsammans med sjuksköterskorna skrev vi en lathund för hur patienter skulle bokas. Sedan kunde uppgiften växlas rätt snabbt”, berättar Åsa Celander.

Kvinnokliniken genomförde även flera andra förbättringsarbeten. Till exempel rensades alla utrymmen och skåp och lådor märktes upp vilket gav medarbetarna bättre förutsättningar att lägga tiden på rätt saker. Beställning och uppackning av material blev enklare och medarbetarna behövde inte längre leta efter saker på olika ställen. Kliniken rensar numera fortlöpande

ut gamla dokument och PM och ledning och medarbetare tar gemensamt ansvar för att uppdatera rutiner och processer, samt för att skapa checklistor och tydliggöra vad som ska göras utifrån olika roller.

”Det är viktigt att det finns en tydlig fördelning av arbetsuppgifter och klarhet kring vem som har ansvar för vad. Vad som ska göras inom varje roll ska vara transparent och helst kända av alla medarbetare. Det minskar risken för motsättningar och ökar förståelsen kollegor emellan” resonerar Åsa Celandier kring beskrivningar av olika roller.

*Vår inställning är att teamet alltid fungerar som ett stöd.  
Om en läkare sett att det här skulle en erfaren sjuksköterska klara  
– då hjälper läkarna till att höja kompetensen hos sjuksköterskan  
och finns även som stöd vid behov.*

## Hur gjorde vi och vad lärde vi oss?

### **Medarbetarnas idéer testades i små förbättringscykler**

Förbättringsarbetet på Kvinnokliniken i Hudiksvall har planerats och genomförts av medarbetare och chefer tillsammans. Många av idéerna kom direkt från medarbetare, som med hjälp av verksamhetsutvecklare fick leda och genomföra förändringar i små cykler, vilka sedan successivt fasades in i ordinarie verksamhet om de fungerade. Medarbetare och chefer arbetade nära varandra och stämde av dagligen kring hur det fungerade och om något kunde justeras för att det skulle fungera bättre. Med varje process som förbättrades frigjordes tid för medarbetarna. Motivationen kom från den gemensamma målbilden att öka tillgängligheten för kvinnorna. En förutsättning för att lyckas med förändringarna var att medarbetarna delade med sig av sin kunskap och kompetens och lärde av varandra.

### **Positiva resultat spreds och firades**

Genom att hela tiden berätta om de positiva resultaten för varandra i arbetsgruppen och fira tillsammans skapades en positiv teamanda. Kvinnokliniken i Hudiksvall beskriver att arbetssättet ledde till en ”snöbollseffekt”, där varje förbättring gav mer kraft att arbeta vidare. En annan viktig framgångsfaktor var att medarbetarna fick vara delaktiga i förbättringsresan, och att alla tillsammans tog små steg mot större gemensamma mål.

”Vi är en liten organisation så det är lätt att prata med varandra och vi har korta kommunikationsvägar. Vi arbetar dagligen med återkoppling och feedback. På våra gemensamma morgonmöten skapar vi samsyn om vad som ska göras under dagen och av vem, och utvärderar hur arbetet fungerade igår. Det är ett prestigelöst klimat och vi har lyckats bra med att få bort gamla hierarkier. Läkarna har varit bra på att ”lyfta” och stärka undersköterskorna vilket bidragit till att de vågat ta på sig nya arbetsuppgifter. Denna positiva atmosfär beror på ”familjekänslan” vi har på arbetsplatsen. Vi är stolta när det går bra och visar upp våra resultat på skärmar ute på avdelningarna. Vi firar våra segrar tillsammans. Det ger en positiv förstärkning!”, berättar Åsa Celanders.

*”Om en förändring exempelvis kommer beröra undersköterskorna, hitta då någon från undersköterskegruppen som är intresserad, och bjud in till att vara med och driva projektet”*

#### TIPS!

Våra lärdomar och tips till andra:

- Börja i det lilla, det spelar ingen roll var. Många små förbättringar räknas
- Titta på hela verksamheten för att identifiera tidstjuvar och förbättringsområden
- Involvera medarbetarna och genomför förbättringsarbetet tillsammans
- Skapa förutsättningar för att medarbetarna ska kunna dela sin kompetens och lära av varandra
- Låt medarbetarna avgöra vilka uppgifter som passar för att växlas
- Låt det ta tid
- Följ upp resultat och kommunicera till medarbetare och patienter
- Fira alla framgångar tillsammans

## Vad uppnådde vi?

### **Förbättrad tillgänglighet**

Vårdköerna för patienter har minskat drastiskt och vårdgarantin uppfylls med god marginal. Idag är tillgängligheten hög och 98,5 procent av alla sökande får en läkartid inom 60 dagar respektive 94 procent inom 30 dagar. Detta kan jämföras med år 2015 då 78 procent av de sökande fick läkartid inom 60 dagar och 53 procent inom 30 dagar.

”Vi har aldrig haft så fina resultat som nu! Vi firade med tårta tillsammans med all personal när vi en månad nådde upp till 100 procent tillgänglighet. Det var en viktig seger för oss!” berättar Åsa Celander.

### **Förbättrade medicinska resultat**

Även avseende medicinska resultat står Hudiksvall ut där Region Gävleborg har lägst andel allvarliga bristningar vid vaginal förlossning av alla regioner. År 2018 resulterade 1,0 procent av de vaginala förlossningarna i en bristning grad III-IV, vilket är en kraftig förbättring sedan år 2015 då motsvarande andel var 2,4 procent.

### **Förbättrad arbetsmiljö och sänkta kostnader**

Under de senaste två åren upplever medarbetarna att de är mindre stressade och att sammanhållningen har blivit starkare. Trots att uppgiftsväxling och nya rutiner lett till att vissa arbetsmoment initialt tagit längre tid att utföra har det inte krävts någon utökad bemanning under upplärningsfasen. Det beror på att Kvinnokliniken frigjort tid genom effektivare arbetsflöde. Tid som medarbetarna kunnat använda för att lära ut och stötta varandra under förändringen. Samtidigt har kostnaderna för verksamheten gått ned trots anställning av vårdnära servicevärdar och utökad undersköterskegrupp.

Åsa Celander igen: ”Vi har nu lägre kostnader än tidigare. Tack vare att vi förändrat våra arbetssätt och rekryterat fler barnmorskor behöver vi inte längre lägga pengar på inhyrda barnmorskor. Vi har även minskat slutenvårdsdygnet och kan omhänderta fler patienter inom öppenvården”.

## Ett förbättrat teamarbete på Södersjukhusets förlossningsklinik

Södersjukhusets förlossningsklinik är en av landets största, med omkring 450 medarbetare och 8 000 förlossningar per år. Arbetstempot är ofta högt. Efter att under många år haft svaga resultat med en jämförelsevis hög andel instrumentella förlossningar och svåra bristningar har verksamheten med hjälp av ett närvarande ledarskap, tvärprofessionella arbetsgrupper och ett stärkt teamsamarbete, lyckats vända trenden. I det här exemplet beskrivs hur resan mot förbättrade medicinska resultat lett till en ökad sammanhållning bland medarbetarna och en förändrad syn på hierarkier i vården.

### Fakta om Södersjukhusets förlossningsklinik

Förlossningskliniken på Södersjukhuset i Region Stockholm är en av landets största, och här föds omkring 8 000 barn varje år. Inom verksamheten finns specialismödravård, en förlossningsavdelning, tre BB avdelningar, BB hotellplatser, BB mottagning, amningsmottagning och snittmottagning.

### Varför genomfördes förbättringsarbetet?

Region Stockholm har historiskt haft en relativt hög andel allvarliga bristningar efter förlossning. Förlossningskliniken på Södersjukhuset har i sin tur, trots en relativt god bemanningssituation, haft svaga resultat även jämfört med resten av förlossningsklinikerna i regionen. Såväl medarbetare som chefer var därför eniga om att något behövde förändras. Då det inte rädde någon egentlig personalbrist drogs slutsatsen att arbetsätten på kliniken behövde förändras. Genom att tänka på nya sätt, med kvinnans upplevelse av vården som utgångspunkt, kunde gemensamma mål utformas: att nå upp till de nationella målen avseende allvarliga bristningar och erbjuda en mer personcentrerad vård.

### Vad gjorde vi?

#### *Införande av bristningsteam*

För att komma tillrätta med den höga andelen svåra bristningar startades ett bristningsteam under 2017. Satsningen på att minska andelen bristningar leddes av en arbetsgrupp med representanter från alla vårdyrken på kliniken. Målet var att nå upp till de nationella riktlinjerna: att andelen allvarliga bristningar (grad III och IV) skulle ligga under 8,7% för instrumentella förlossningar och under 1,9 % för de icke instrumentella.

Under arbetets gång uppdagades att medarbetarnas kunskap behövde förbättras, både vad gäller bäckenbottens anatomi och om hur bristningar kan förebyggas och behandlas. Ett första steg var därför att klinikens alla barnmorskor och läkare genomgick utbildningen "BLUBB" ("barnmorskor och läkare utbildas i bäckenbotten"). Medarbetarna erhöll där praktisk och teoretisk utbildning kring bäckenbottens anatomi och fysiologi samt ökad kunskap inom att förebygga, diagnosticera och behandla bristningar. Förutom en individuell kompetenshöjning gav utbildningen också bättre kännedom i arbetsgruppen om kollegors kunskap och kompetens och ett gemensamt synsätt på hur handläggning och behandling av bristningar ska ske. En annan viktig del av bristningsteamets arbete var att utveckla och införa nya rutiner. Exempelvis undersöks numera alla kvinnor strukturerat för bristningar efter förlossning. Bristningar som upptäckts och suturerats inspekteras innan hemgång. För de kvinnor som drabbats av bristningar har kliniken även startat en samtalsgrupp där patienter kan mötas tillsammans med personal för att stötta varandra i sin upplevelse och få svar på frågor.

### ***Införande av sätsteam***

På initiativ av klinikens medarbetare har även ett "sätsteam" bildats för att kunna erbjuda bättre möjligheter för kvinnor som vill föda vaginalt, trots att barnet ligger i sätesbjudning. Då vaginala sätesförlossningar blivit allt mer ovanliga har erfarenheten successivt minskat i medarbetargruppen. Målet blev därför att skapa en grupp medarbetare med spetskompetens och gedigen erfarenhet av sätesförlossningar för att därmed minska andelen oönskade kejsarsnitt. Ett utbildningsprogram organiserades som ett första steg för att höja kunskapen om och få erfarenhet av sätesförlossningar. Medarbetare i sätsteamet fick bland annat åka till Norge där sätesförlossningar är vanligare, och träna på simuleringsdockor.

När arbetet skulle införas på kliniken behövde nya rutiner utvecklas. Teamet formulerade inklusionskriterier för vilka kvinnor som kunde erbjudas en vaginal sätesförlossning, bland annat avseende kvinnans bäckenmått och barnets storlek. Dessutom fastställdes hur teamet runt den födande skulle se ut: att det alltid ska ingå en läkare och barnmorska från sätsteamet samt en undersköterska. Sätsteamet och kliniken införde även ett system så att medlemmar från teamet kan tillkallas om inte tillräcklig kompetens för sätesförlossningar finns på plats då behovet uppstår.



### ***Uppgiftsväxling mellan läkare och sjuksköterska/barnmorska***

För att kunna erbjuda en mer tillgänglig vård beslutades att vissa arbetsuppgifter skulle växlas mellan olika yrkesgrupper. Exempelvis utför barnmorskor numera rutinultraljud och vissa medicinska aborter och de kan även lägga lokalbedövning inför medicinska aborter, vilket tidigare utfördes av läkare. Vid införandet av den barnmorskeledda abortmottagningen fick barnmorskorna genomgå utbildning enligt Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologis (SFOG) nationella standard, för att bli auktoriserade. Andra kompetenser, exempelvis att lägga lokalbedövning kring livmoderhalstappen inför medicinsk abort, har lärts ut av en läkare eller mer erfaren barnmorska på kliniken.

*”Jag tror att anledningen till att vi lyckats med uppgiftsväxling i de här fallen är just att alla kunde enas kring ett tydligt behov hos kvinnan”*

### **Hur gjorde vi och vad lärde vi oss?**

#### ***Förbättringsarbete i tvärprofessionella team***

Utvecklingsarbetet har genomförts i tvärprofessionella team där undersköterskor, barnmorskor och läkare deltagit. Utbildningsinsatserna har varit gemensamma för yrkesgrupperna, vilket upplevs bidra till ett bättre teamarbete och ökad kunskap om kollegornas kompetenser. En viktig lärdom är att arbetet blir mer lustfyllt och förutsättningarna för att lyckas ökar om medarbetare får engagera sig inom frågor som de är särskilt intresserade av. Bildandet av grupper som får ”spetskompetens” inom vissa områden har upplevts som meningsfullt och ett sätt att motivera fler medarbetare att initiera nya team kring andra patientbehov.

#### ***Arbete med uppgiftsväxling kräver en kulturförskjutning***

Corinne Pedroletti är verksamhetsområdeschef för kvinnosjukvård och förlossning på Södersjukhuset. I en verksamhet där Corinne tidigare arbetade hade hon erfarenhet att det framförallt var den grupp som skulle lämna ifrån sig en uppgift som motsatte sig förändringen: ”Det är ju ett samspel, när någon ska lämna ifrån sig ansvar måste det finnas någon på andra sidan som fångar upp det för att man ska våga. När barnmorskeledd abortmottagning var nytt var läkarna ytterst tveksamma till om det skulle gå bra. Men det fanns ju vetenskaplig forskning på att det kunde ske patientsäkert, och när fler och fler verksamheter växlade vissa av de medicinska aborterna blev det mer vedertaget”.



Corinne Pedroletti, verksamhetsområdeschef för kvinnosjukvård och förlossning på Södersjukhuset

Idag är barnmorskorna antagligen den grupp som har svårast att lämna ifrån sig ansvar, menar Eva Jansson, vårdchef på Södersjukhusets förlossningsklinik och själv barnmorska i botten.

”Dels är barnmorskor en väldigt stark profession och har haft en unik roll i vården rent historiskt sett”, berättar Eva Jansson. ”Men det handlar nog även om att undersköterskorna inte känner att de vågar kliva upp och ta emot nya uppgifter vilket gör att barnmorskorna inte heller vågar släppa.”

Eva och Corinne är samstämmiga när de resonerar kring hur hälso- och sjukvården ska komma vidare med detta: framförallt mer behövs mer forskning om effekterna av uppgiftsväxling till yrkesgrupper utan legitimation, men även att undersköterskorna stärks i att våga ta mer ansvar genom att de inkluderas i arbetsgruppen samt i förbättringsarbeten och teamutbildningar.

### ***Regionalt kompetensutbyte mellan förlossningssjukhusen***

För att bedriva framgångsrika förbättringsarbeten krävs kunskap om nuläget både för att prioritera mellan olika förbättringsområden, men också för att följa upp och utvärdera förändringar. Inom Region Stockholm finns en länsövergripande satsning för att öka kunskapen om förbättringsarbeten bland chefer och personal i sjukvården. QRC (Kvalitetsregistercentrum Stockholm) har hållit i ett regiongemensamt forum där ledning och medarbetare på förlossningssjukhusen regelbundet träffar varandra och beställarna av kvinnosjukvård. Syftet är dels att bidra till erfarenhetsutbyte kring arbetssätt, dels att öka kompetensen inom förändringsledning. Corinne Pedroletti beskriver hur dialogen kring förbättringar utgår från medicinska utfall: ”Vi tittar tillsammans på data från kvalitetsregistret i realtid. Ser vi då att ett visst sjukhus till exempel har lägst andel större blödningar så blir frågan direkt – hur jobbar ni? Det är härligt och ger energi. Dessutom har flera i personalgruppen lärt sig om hur man gör förbättringsarbete”.

## TIPS!

Våra lärdomar och tips till andra:

- Utgå från kvinnornas behov
- Låt utbildningar och förbättringsarbeten ske tvärprofessionellt
- Hämta gärna inspiration från andra, men utgå från verksamhetens egna förutsättningar för att planera och genomföra förändring

## Vad uppnådde vi?

### ***Minskad andel allvarliga bristningar***

Genom satsningen på bristningsteamet har de medicinska utfallen förbättrats kraftigt. År 2014 låg den totala andelen allvarliga bristningar för vaginalförlösta förstföderskor och omföderskor på 6,1 %. Idag är samma siffra nere på 3,1 %. Det är fortfarande 0,8 procentenheter högre än riket, men arbetet fortsätter.

Som en följd av att trenden har vänt upplever medarbetarna att de känner en större stolthet för vården de erbjuder, och att de därmed kan förmedla en annan trygghet till kvinnorna. Likaså är inte oron hos kvinnorna lika påtaglig längre, enligt Eva Jansson, vårdchef.

### ***Lägre snittfrekvens och fler kvinnor som får möjlighet att föda vaginalt***

Genom satsningen på vaginala sätesförlossningar kan nu fler kvinnor erbjudas ett alternativ till kejsarsnitt. Kvinnorna är mer nöjda, och vid uppföljning av kliniska resultat kan man bekräfta att säkerheten för mor och barn är bevarad. Efter införandet av säteteamet 2015 har andelen kejsarsnitt i gruppen minskat med 15,3 % till 2018 och som en följd av det framgångsrika arbetet har kunskapen och kompetensen kring sätesförlossningar ökat bland medarbetarna på hela förlossningskliniken på Södersjukhuset.

## Införande av kulturdoulor i Region Värmlands kvinnosjukvård

Med målet att uppnå en mer jämlik vård före, under och efter graviditet har Region Värmland infört nya kompetenser i vården. Regionen har bland annat utbildat kulturdoulor för att stödja kvinnor och familjer med liten kunskap i det svenska språket. I det här exemplet beskrivs hur införandet av nya kompetenser kan leda till både en bättre vård för kvinnan, men också en förbättrad arbetsmiljö för medarbetarna.

### Fakta om förlossningsvården i Region Värmland

I Region Värmland bor cirka 280 000 invånare. Centralsjukhuset Karlstad har regionens enda förlossningsklinik med cirka 3 000 förlossningar per år.

### Varför genomfördes förbättringsarbetet?

Kvinnor som är födda i Afrika, söder om Sahara, och som föder barn i Sverige, har på gruppnivå sämre förlossningsutfall än kvinnor födda i Sverige. Vidare löper kvinnor födda utanför Norden en högre risk för att drabbas av bäckenbottenbristningar av grad III och IV. Det är också vanligare att barn till mödrar från vissa utomeuropeiska områden får låg Apgar-poäng. [53] För att bättre kunna hjälpa och stödja de här kvinnorna har Region Värmland startat ett projekt för att med hjälp av kulturdoulor övervinna kulturella och språkliga skillnader.

### Vad gjorde vi?

#### **Rekrytering och utformning av rollen**

Rollen som kulturdoula handlar om att ge stöd och information till den födande kvinnan och hennes partner under graviditet, förlossning och den närmaste tiden efteråt. Kulturdoulan har inget medicinskt ansvar, utan bidrar med sin erfarenhet av förlossningar, den svenska vården samt kännedom om kvinnans egen kultur för att på så sätt stötta kvinnan.

I uppstarten av arbetet utlystes utbildningstjänster som skulle tillsättas av personer med utomeuropeisk bakgrund, god kännedom om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet samt det svenska språket. Eftersom kulturdoula inte var en befintlig yrkesgrupp valde projektgruppen att frånga de vanliga rekryteringsrutinerna. Istället anordnades ett informationsmöte för att nå ut till personer som skulle kunna vara intresserade av att bli kulturdoula. Annonsering skedde via affischer på bibliotek och familjecentraler och för att nå ut till potentiella kandidater kontaktades även modersmållärare på skolor och föreningar. Totalt rekryterades 14 personer för utbildningen till kulturdoula, varav många hade en yrkesbakgrund inom hälso- och sjukvård från sitt hemland.

### **Strukturerad introduktionsutbildning**

Utbildningen för de nya kulturdoulorna omfattade sex halvdagar. Innehållet handlade bland annat om vårdkedjan före, under och efter graviditet, socialtjänstens och tandvårdens roll och funktion, FN:s barnkonvention, sexuell hälsa, tystnadsplikt och sekretess. Utöver detta genomförde kulturdoulorna även studiebesök på förlossningskliniken och fick en utbildning i amningsrådgivning. Under utbildningen lyftes även vad som händer om något skulle gå illa för kvinnan eller barnet i samband med förlossningen.

”Det kan självklart uppstå akuta eller svåra situationer i den här vården, och kulturdoulan måste då förstå att hon inte är ansvarig. En kulturdoula får ju aldrig ersätta medicinsk personal. Det tydliggörs även under utbildningen att kulturdoulan inte ska påverka kvinnan med sina åsikter, utan bara över-sätta vad kvinnan tycker och vill”, säger projektledare Emma Bryngfors Nilsson.

### **Praktiska förutsättningar och arbetsätt**

Den första kullen av kulturdoulor blev klara i slutet av 2017 och fick en timanställning inom regionen. Rent praktiskt sammanställdes en lista med samtliga kulturdoulor innehållande namn, bild och telefonnummer. Listan skickades sedan ut till alla barnmorskemottagningar. När en mottagning tar emot en gravid kvinna med liten kunskap om det svenska språket kan barnmorskan erbjuda kvinnan och paret att få träffa en kulturdoula. Kvinnan kontaktar sedan kulturdoulan själv, både för att initiera kontakt, planera mötestider under graviditeten och meddela när det är dags för att åka in till förlossningskliniken.

Riktlinjen för kulturdoulorna är att de ska träffa kvinnan och familjen två gånger under graviditeten, delta vid förlossningen samt vid två tillfällen efter förlossningen.

För att utveckla kompetensen och främja erfarenhetsutbyte samlas kulturdoulorna en gång per termin. Vid vissa av mötena har även barnmorskor och annan vårdpersonal deltagit i syfte att skapa gemenskap och teamkänsla.

*”Rollen som kulturdoula handlar mycket om att förklara och förmedla information på ett förståeligt sätt”*



Kerstin Karlsson, enhetschef och  
Emma Bryngfors Nilsson, projektledare

### Hur gjorde vi och vad lärde vi oss?

I Region Värmland fanns sedan tidigare en kännedom om kulturdoulor, främst från verksamheter på andra håll i Sverige.

”Vi började med en omvärldsspaning för att kartlägga hur andra regioner arbetat med kulturdoulor. Vidare behövde vi göra en analys av vad som behövdes i Värmland, exempelvis vilka språk och kulturer som var mest relevanta för oss att arbeta med”, berättar Emma Bryngfors Nilsson.

Utifrån analysen utformades en projektplan med målsättningar och avgränsningar. Syftet med projektet var att öka kunskapen hos nyanlända gravida kvinnor om den vård som finns att tillgå, samt att öka tryggheten före, under och efter förlossning för både kvinnan och familjen. Ett resultatmål var att minska antalet komplikationer för både kvinnor och barn under förlossning. Ett mer övergripande syfte med projektet var att verka för en mer jämlik vård. En viktig avgränsning var att kulturdoulor inte skulle ersätta språktolkar, exempelvis vid besök i mödrahälsovården, då regionen sedan tidigare hade upphandlade tolkar.

För att inventera vilka språk som det fanns störst behov av att kulturdoulor talade så tillfrågades personal på familjecentraler, förlossningskliniker, barnmorskemottagningar och asyl- och flyktingmedicinskt centrum. De fem största språken valdes ut och för dessa genomfördes rekryteringar.

Trots att förslaget om att införa kulturdoulor initialt lyfts från barnmorskor i regionen fanns ett behov av bred förankring hos vårdpersonalen. Hos vissa barnmorskor fanns inledningsvis en rädsla för att kulturdoulor skulle försämra kontakten mellan kvinnan och barnmorskan. Oron släppte dock då de fick veta att det under utbildningen tydliggjordes för kulturdoulor att de inte får försöka styra eller påverka innehållet i vården.

### TIPS!

Våra lärdomar och tips till andra:

- Gör ett ordentligt förarbete så kommer projektet gå smidigare
- Kontakta andra verksamheter eller regioner som arbetat med liknande projekt för att få tips om vad man ska tänka på
- Dela mycket information med alla medarbetare så att de är förberedda på förändringarna och kan dra nytta av den nya kompetensen som kommer in i verksamheten

### Vad uppnådde vi?

#### ***Ökad trygghet för kvinnorna och en bättre kommunikation***

Kulturduolorna har nu varit med på 28 förlossningar i Värmland, och projektledaren Emma Bryngfors Nilsson har gjort en uppföljning av hur det har gått. Uppföljningen omfattar intervjuer och enkäter med kvinnor, vårdpersonal och kulturduolor.

I uppföljningen fick alla tillfrågade svara på hur väl de anser att målen uppfyllts (ökad säkerhet för både kvinna och barn i samband med förlossning samt ökad upplevd trygghet före, under och efter förlossning) på en 1–5 gradig skala (där 5 är mest positivt). Cirka 90 procent av det totala antalet respondenter har svarat 4 eller 5.

”I uppföljningen ser vi att medarbetare uppger att det är positivt att kunna nå ut med information till kvinnan och familjen och att kulturduolan bidrar till bättre stämning och trygghet. Kvinnans delaktighet har ökat genom att dialogen mellan vårdpersonal och kvinnorna har blivit bättre” sammanfattar Emma Bryngfors Nilsson.

Kvinnorna berättar att de upplever en ökad trygghet och att de efter att ha fått stöd av en kulturdoula har bättre kunskap om barnens hälsa, behov och rättigheter och om hur svensk hälso- och sjukvård fungerar. Samtliga tillfrågade kvinnor uppgav att de skulle rekommendera andra kvinnor att ta emot erbjudandet om att få en kulturdoula.

Många i vårdpersonalen uppger att de skulle vilja använda kulturdoulor i större utsträckning, och lämnar regelbundet in förslag på fler aktiviteter där de skulle vilja involvera kulturdoulor.

Även kulturdoulor rapporterar om positiva erfarenheter, enligt Emma Bryngfors Nilsson.

”De tycker att det är fantastiskt och viktigt att kunna hjälpa andra. Ofta har kulturdoulor andra arbeten och gör inte det här för pengarna, utan för att stötta andra kvinnor”, berättar Emma Bryngfors Nilsson.

”För flera kulturdoulor har projektet blivit ett steg in i arbetslivet, och även om det är tråkigt för oss att bli av med våra duktiga kulturdoulor, blir vi så oerhört stolta då de går vidare med studier eller nya heltidstjänster”, berättar Kerstin Karlsson, enhetschef för utvecklingsenheten för mödra- och barnhälsovård.

*”Vi har med hjälp av kulturdoulor byggt en bro  
mellan våra kulturer”*





# Framgångsfaktorer i förbättringsarbetet

*I många verksamheter finns sannolikt goda möjligheter att bättra tillvara på medarbetarnas tid och kompetens. Ändå tycker många att det är svårt att bedriva förbättringsarbeten som syftar till att använda kompetens rätt. Hur gör man och vad ska man tänka på för att lyckas?*

Baserat på intervjuer med verksamheter som arbetat med att använda kompetens rätt och lärdomar från forskning har åtta framgångsfaktorer identifierats. Framgångsfaktorerna utgör en bra grogrund för förändringsprocessen och kan öka sannolikheten för att lyckas använda kompetensen på ett bättre sätt. (Förändringsprocessen beskrivs närmare i kapitel 5).

## Framgångsfaktorer

- › **Vågra fråga** – utgå från patientens behov
- › **Prata kompetens, inte yrke** – se bortom titeln
- › **Uppfinn hjulet själv** – lär av andra men utforma lokala lösningar
- › **Leda lugnt** – lyssna in, visa vägen och låt förändringen ta tid
- › **Ge och ta** – lämna uppgifter för att skapa utrymme för nya ansvar
- › **Se helheten** – undvik fragmentering av processer och roller
- › **Sprid och var stolt** – dela lärdomar och fira framgångar
- › **Börja nu!** – arbeta i små förbättringscykler

## Framgångsfaktor 1: Våga fråga - utgå från patientens behov

- › Ställ frågan "Vad är viktigt för dig?" till era patienter
- › Bjud in patienter att vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av vården

Det kan ibland vara lätt att tro och anta att sjukvården vet vad som är bäst för patienterna. Men att förutse vad patienter och närstående egentligen önskar och värdesätter har visat sig vara svårt. Ett konkret exempel: vid Skaraborgs sjukhus fick föräldrar, vars barn vårdats inom neonatalvården, och medarbetare lämna förbättringsförslag inom ramen för ett utvecklingsarbete vid kliniken. Totalt framförde föräldrarna 21 förbättringsförslag medan vårdpersonalen identifierade 28 förslag. Endast tre av förbättringsförslagen var gemensamma. Resultaten bekräftar värdet av att involvera patienter i vårdens utvecklingsarbete. [54]

Tidigare erfarenheter visar att vinsterna med att involvera patienter i vårdens utformning kan vara betydande: det kan leda till såväl en bättre hälsa hos patienterna som minskade kostnader för samhället. [55] I en undersökning som riktade sig till verksamhetschefer i hälso- och sjukvården såg cheferna också en stor potential i att systematiskt involvera patienterna i vårdens förbättringsarbete. Samtidigt framkom i samma studie att det i praktiken inte är ett område som man lägger tid och resurser på. [56] Orsaker som anges är tids- eller resursbrist liksom okunskap om metoder för patientinvolvering. [57]

Flera personer som intervjuats inom ramen för detta arbete framhåller att det är särskilt angeläget att ta en tydlig utgångspunkt i patienternas behov och preferenser när man ska förändra roller och arbetssätt. Gemensamt för många av de fall där man lyckats med exempelvis uppgiftsväxling är just att det funnits en tydlig patientnytta som förenat medarbetarna, vilket ökat motivationen och följsamheten till de nya arbetssätten. Intervjuresultaten bekräftas av forskning på området. I en översiktsstudie som undersökte framgångsfaktorer för uppgiftsväxling var en viktig faktor, för samtliga yrkesgrupper, att uppgiftsväxlingen skedde för att på olika sätt förbättra vården för patienten. Om det var tydligt att en uppgift skulle skiftas för att öka tillgängligheten till vård, förbättra vårdkvaliteten eller skapa en bättre kontinuitet för patienten ökade motivationen att genomföra förändringen. [58] I bredare bemärkelse kan en sådan utgångspunkt underlätta en kulturförskjutning där patienternas (aktuella och framtida) behov - snarare än vårdens (historiska) organisation blir vägledande för roll- och ansvarsfördelningen i arbetsgruppen.



*”Jag tror att anledningen att vi lyckats med uppgiftsväxling är just att alla kunde enas kring ett tydligt behov hos patienten. Ett sådant exempel på en uppgiftsväxling som lyckats är att barnmorskor nu kan lägga en lokalbedövning, så kallad paracervical blockad, inför de medicinska aborterna. Tidigare fick kvinnan först livmoderhalstappen dilaterad av en barnmorska, vilket är smärtsamt, för att sedan ligga och ha ont i väntan på att läkare skulle komma och ge bedövning. Vi kunde alla enas kring att det var en olycklig situation, och att det skulle vara bättre för kvinnan om en och samma person, i det här fallet barnmorskan, kunde utföra såväl dilatationen som PCB-bedövningen.”*

*Verksamhetsområdeschef för kvinnosjukvård och förlossning*

En annan tydlig vinst av att utgå från patienternas behov, förutsättningar och preferenser vid utformning av nya arbetssätt är att graden av individanpassning kan öka. Genom att utveckla en djupare förståelse för vilka patienter verksamheten möter är det möjligt att matcha rätt kompetens mot de individuella behoven. Exempelvis krävs andra kompetenser för att vårda en förstföderska med riskgraviditet och som inte kan det svenska språket jämfört med en omföderska med komplikationsfri graviditet och som är född i Sverige. Flera verksamhetsföreträdare beskriver också hur de, genom att få en fördjupad förståelse för patienternas behov, har kunnat identifiera helt nya typer av lösningar. I flera fall kan det handla om att patienterna själva kan utföra vissa uppgifter som vårdpersonal tidigare utfört – en form av uppgiftsväxling från vårdpersonal till patienter. Till exempel har en avdelning på

Norra Älvsborgs Länssjukhus infört matautomater, där patienter och deras närstående själva kan hämta matbrickor att värma när de blir hungriga. Patienterna har uttryckt att det är positivt att få välja mat själva och även ha friheten att äta när det passar. För medarbetarna har arbetsmomentet att servera mat samtidigt försvunnit.

Genom att fråga patienter vad som är viktigt för dem – både i förbättringsarbeten och i patientmötet – är det möjligt att skapa en mer personcentrerad vård. Erfarenheter av patientinvolvering visar att metoderna inte behöver vara komplexa och tidskrävande utan att det i mångt och mycket handlar om att börja fråga. [59] Det måste dock ske med viss eftertanke; alla patienter har inte samma förmåga eller resurser att göra sin röst hörd. Därför är det viktigt att fundera över om det finns patientgrupper hos verksamheten som inte har samma förutsättningar att uttrycka sina behov och överväga alternativa metoder för patientinvolvering för dessa grupper. Även vissa medicinska tillstånd och symptom kan upplevas som svårare att berätta om, varför det är särskilt viktigt att uppmärksamma dessa. Exempelvis förlorar omkring hälften av alla kvinnor som föder vaginalt i Sverige någon del av bäckenbottens stödfunktion i samband med förlossningen. [60] Detta påverkar bland annat blås- och tarmtömningen, och kan på sikt leda till allt från lindriga besvär till stor inskränkning av livskvaliteten. För att bättre möta dessa patienter, och i högre utsträckning kunna erbjuda vård och behandling för förlossningsrelaterade bäckenbottensskador arbetar flera regioner i landet med att införa fysioterapeutisk kompetens i vårdkedjan före, under och efter graviditet.

*”Att införa fysioterapeutisk kompetens inom kvinnosjukvården är verkligen att använda kompetens rätt – det är verkligen där vi känner att vi kan göra skillnad. Det borde finnas fysioterapeutisk kompetens i hela landet i den här vårdkedjan, och man ska inte behöva åka långt för att få tillgång till rätt vård.”*

*Fysioterapeut och projektledare för projektet att införa fysioterapeuter i kvinnosjukvården*

## LÄSTIPS!

Användardriven innovation: [www.innovationsguiden.se](http://www.innovationsguiden.se)

”Från mottagare till medskapare” Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018 [61]

”What matters” Institute for Healthcare Improvement 2019 [62]

”Partnerskap mellan patient och vårdprofession” Kvalitetsregistercentrum Stockholm 2016 [59]

## Framgångsfaktor 2: Prata kompetens, inte yrke – se bortom titeln

- Säkerställ att medarbetare får arbeta med sina kärnkompetenser
- Tydliggör och utgå från vilken kompetens som behövs snarare än yrkestitel vid fördelning av uppgifter
- Förutsätt inte att det är strikt reglerat vilken yrkesgrupp som får göra vad i vården
- Se inte medarbetare som utbytbara i schemaraderna baserat på deras yrkesroll

Vårdens olika yrkesgrupper har olika kärnuppgifter och ansvar, och flera av vårdens professioner är reglerade yrken. Reglerade yrken kräver enligt svensk lag någon form av legitimation eller formell behörighet för att få arbeta inom yrket. I Sverige finns omkring 40 reglerade yrken, varav lite drygt hälften finns i hälso- och sjukvården. [63] För att bli legitimerad krävs att personen genomgått utbildning, men även har praktiska kunskaper och personliga egenskaper som gör att personen är lämplig att utöva yrket. De legitimerade professionerna har dessutom en så kallad skyddad yrkestitel, vilket innebär att personer utan legitimation inte får använda sig av den. [64]

Vissa arbetsuppgifter är reglerade så att de bara får utföras av vissa yrkesgrupper. Ett exempel är iordningställande och administration av läkemedel, som endast får utföras av särskilt angivna yrkesgrupper, exempelvis sjuksköterskor. [65] Många arbetsuppgifter i vården är däremot inte reglerade, utan kan utföras av medarbetare ur flera yrkesgrupper så länge den enskilde medarbetaren har kompetens nog att utföra den. [65] Då tillgången till legitimerade medarbetare är begränsad inom vissa yrkesgrupper, är det viktigt att de yrkesspecifika kompetenserna tillvaratas. Arbetet bör därför fördelas så att legitimerade medarbetare får användning av sin kärnkompetens, och att deras arbetsuppgifter i möjligaste mån renodlas från kringssysslor som andra medarbetare kan utföra.

Att vem som gör vad i vården förändras över tid blir tydligt vid en historisk tillbakablick. Yttre drivkrafter har påverkat vad som ingår i de olika yrkenas rollbeskrivning över tid och uppdelningen av arbetsuppgifter har förändrats till följd av omständigheter så som besparingsåtgärder, tillkomst av nya yrkesgrupper eller organisatoriska förändringar.

I takt med att hälso- och sjukvården utvecklats och specialiserats ställs allt högre krav på kompetensutveckling. Den ämnesspecifika kompetensen behöver ständigt vidareutvecklas samtidigt som även mer generella kompetenser blir allt viktigare. Exempelvis är förmåga att arbeta i team med och för patienten, ett hälsofrämjande förhållningssätt, god kommunikationsförmåga och digital kompetens relevanta för i princip alla medarbetare i hälso- och

sjukvården. Även kunskap om förbättringsarbete och handledning är viktiga kompetenser som kan innehas av många olika yrkesgrupper och ha relevans i ett stort antal verksamheter. Behovet av kontinuerlig kompetensutveckling medför att fördelning av arbetsuppgifter bör bygga på en kunskap om var den enskilda medarbetaren befinner sig i sin professionella utveckling. Detta då medarbetare i vården efter examen fortsätter utveckla sin kompetens i verksamheten under handledning av mer erfarna kollegor. Exempelvis har flera av de chefer som intervjuats inom ramen för detta arbete lyft en önskan att frångå system där medarbetare inom samma yrkesgrupp hanteras som utbytbara i schemaraderna. Många regioner strävar också efter att i högre grad organisera vården med utgångspunkt i medarbetares kompetens snarare än yrkeskategori.

Många av de som intervjuats i detta arbete talar om vikten av att bättre förstå varje medarbetares individuella kompetenser och tydliggöra vilka kompetenser som behövs för att säkerställa att teamets sammanlagda kompetens är tillräcklig för att möta patientens behov. På mindre enheter kan personkännedom ligga till grund för hur sammansättningen av teamet ska se ut, men i större verksamheter kan det finnas behov av mer struktur. Ett sätt att skapa mer struktur på verksamhetsnivå kan vara att medarbetare från olika yrkesgrupper samlas för att strukturerat gå igenom de arbetsuppgifter som utförs och tydliggöra vilken kompetens som behövs för att utföra dessa. Ett annat



sätt kan vara att införa karriärmodeller som tydliggör hur långt medarbetarna kommit i sin professionella utveckling. Karriärmodellerna kan sedan användas för att planera kompetensutveckling och vidareutbildning, lägga scheman och tydliggöra karriärvägar för medarbetare. En gemensam framgångsfaktor för arbetsplatser som lyckats använda kompetens bättre är att de arbetat aktivt – från kaffepauser till teammöten och förbättringsarbeten – för att skapa ett samarbetsklimat på arbetsplatsen där alla yrkesgrupper kan vara med.

På arbetsplatser som fokuserar mer på kompetens än på yrkestitlar sker positiva förändringar i hur arbetet fungerar. Bland annat berättar cheferna på förlossningskliniken i Falun om hur specialutbildade undersköterskor kan hjälpa till att sätta nål och utföra en urintömning. Detta gör arbetet i teamet mer flexibelt. Undersköterskan och barnmorskan kan nu, tack vare att båda yrkesgrupperna i viss mån har överlappande kompetenser, fördela arbetsuppgifterna från dag till dag beroende på hur arbetsbelastningen ser ut för övrigt i teamet.

*”Vi har ett tvärprofessionellt möte varje morgon där vi inventerar förväntade utmaningar utefter vilka kvinnor som kan tänkas föda, och bestämmer hur den samlade kompetensen i arbetsgruppen behöver se ut utifrån det. En erfaren undersköterska kan ibland vissa saker som en ny barnmorska inte kan. Om det finns risk att vi under dagen får in en kvinna med komplikationer som vi inte har kompetens nog att möta går en av våra mest erfarna barnmorskor in för att handleda.”*

*Barnmorska på en förlossningsmottagning*

## LÄSTIPS!

Socialstyrelsens webbplats [vemfargoravad.socialstyrelsen.se](http://vemfargoravad.socialstyrelsen.se) om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården [65]



## Framgångsfaktor 3: Uppfinn hjulet själv – lär av andra men utforma lokala lösningar

- › Lär och inspireras av forskning och andras erfarenheter – men låt medarbetarna vara med och utforma anpassade lösningar för verksamheten
- › Implementera inte färdiga lösningar ”top-down”

I varje verksamhet råder specifika förutsättningar, både avseende patienternas behov och verksamhetens resurser. Exempelvis påverkar uppdrag, geografi, patientpopulation hur behoven ser ut, samtidigt som medarbetargruppens storlek och kompetens påverkar hur arbetet kan bedrivas. Därför är en central utgångspunkt i förbättringsarbeten som syftar till att använda kompetens rätt att det är viktigt att dra lärdomar från andra, men att den egna lösningen måste anpassas utifrån lokala förutsättningar. Att oreflekterat införa en ”standardlösning” riskerar att ge oönskade effekter. Liknande utmaningar kan bero på olika bakomliggande orsaker. Likaså kan åtgärderna, även om de är svar på samma bakomliggande problem, få olika utfall beroende på verksamheternas olika förutsättningar. För att förbättringsarbetet ska upplevas som legitimt av medarbetare och patienter måste det vara anpassat för den egna verksamheten.

*”Jag visste att många andra kliniker hade infört barnmorskeledda abortmottagningar, så jag kontaktade flera verksamhetschefer som hade erfarenhet från detta. Efter att ha inhämtat kunskap och lärdomar från andra behövde jag ha en nära dialog med medarbetarna på min klinik för att planera arbetet utifrån våra förutsättningar. Det var hjälpsamt att kunna visa på att andra har lyckats, men samtidigt så behövde vi göra en egen förändringsresa på vår klinik.”*

*Verksamhetschef på en kvinnoklinik*

Gemensamt för flera av de verksamheter som lyckats i sina förbättringsarbeten är att medarbetarna varit involverade och engagerade i förbättringsarbetet. I dessa verksamheter har medarbetarnas kunskap om hur arbetet fungerar på den egna arbetsplatsen tillvaratagits i förbättringsarbetet.

Ett vanligt tillvägagångssätt för att skapa lokala anpassningar är att utifrån en gemensam målbild testa förbättringsidéer i mindre skala, och sedan fortsätta förbättra idéerna utifrån vad som passar verksamheten och arbetsgruppen. Genom att bjuda in till tvärprofessionella samarbeten kring olika förbättringsområden, blir det möjligt att fånga perspektiv och förslag från alla yrkesgrupper. Arbetsmoment och flöden kan då tidigt utformas med hänsyn till alla berörda yrkesgrupper. I de fall där medarbetarna själva har fått formulera och prioritera områden som kräver förbättring, har förbättringsarbetet upplevts som mer legitimt och förankringsarbetet har gått smidigare. En nyckel är att identifiera och tillvarata medarbetares engagemang i olika frågor. Många har även beskrivit att förbättringsarbeten föder nya förslag och idéer hos medarbetare och att arbetsmiljön blir präglad av konstruktivitet och förbättringskultur.

*”Då vi började sätta samman tvärprofessionella team kring olika utvecklingsområden blev det snabbt en önskan hos fler medarbetare att få arbeta med vissa specifika frågor för att förbättra vår verksamhet. Plötsligt ville alla vara en del av ett arbetslag som tillskansade sig ”spetskompetens” och det ansågs som någonting fint och viktigt att vara delaktigt i förbättringsprojekt.”*

*Bammorska och verksamhetsutvecklare*

## LÄSTIPS!

[Genombrott.nu](https://genombrott.nu), ett digitalt verktyg som stöd för förbättringsarbeten utifrån medarbetarnas och patienternas förslag på förbättringar.

## Framgångsfaktor 4: Leda lugnt – lyssna in, visa vägen och låt förändringen ta tid

- › Ta ut en riktning och prata regelbundet om målen för och syftet med förbättringsarbetet
- › Var närvarande under perioder av förändring och fråga hur det går
- › Var lyhörd för- och bemöt negativa känslor som kan uppstå hos medarbetare

Förändringar i komplexa organisationer så som hälso- och sjukvård tar ofta tid och ställer stora krav på ledarskapet. Dels är det många beslutsfattande nivåer som är med och styr hur vården ska bedrivas, dels är det utmanande att samordna ett stort antal medarbetare där alla personer tar till sig ny kunskap och nya arbetssätt olika snabbt. [66] Första linjens chefer har utan tvivel en nyckelroll. Men för att lokala ledare ska få de förutsättningar som krävs för ett framgångsrikt förbättringsarbete behöver även högre ledning vara engagerad och aktivt visa sitt stöd.

Uppgiftsväxling kan leda till positiva resultat (läs mer i kapitel 2), men studier pekar på att utfallet av uppgiftsväxling är starkt beroende av själva förändringsprocessen. Bristande följsamhet till uppgiftsväxling bland medarbetare beror ofta på att förändringen skett ostrukturerat och utan tillfredsställande förändringsledning. En nyckel för att lyckas är därför att det finns en samsyn i hela medarbetargruppen om målbild och plan för förändringen. En annan nyckel för att uppnå följsamhet till uppgiftsväxling är att ledningen delar information om förändringen till alla yrkeskategorier som är inblandade i vården, och inte bara till de yrkesgrupper som arbetsuppgiften skiftas mellan. [30]

För att känna trygghet vid överlämnande av arbetsuppgifter är det viktigt att olika yrkesgrupper får bättre kännedom om sina kollegors ansvarsområden och kompetenser. Även vid införande av nya yrkesgrupper [67] och införande av nya teamsammansättningar [68] är medarbetarnas okunskap kring sina kollegors olika kompetensområden och roller en försvårande faktor för förändring. Gemensamma utbildningar, teamövningar och tydlig information är exempel på åtgärder som kan bidra till ökad kunskap om varandras kompetenser.

Som ledare i förbättringsarbete är det viktigt att ge de nya arbetssätten tid att bli etablerade och accepterade. Det är ett faktum att arbetsuppgifter under en övergångsperiod oftast tar längre tid att utföra än tidigare då en ovan medarbetare tar över. Tid kan behöva sättas av för att medarbetare ska hinna

konsultera en kollega eller läsa i en instruktion vid osäkerhet. Verksamheten måste därför ta höjd för detta för att exempelvis en uppgiftsväxling ska kunna ske med bibehållen patientsäkerhet och trygghet för medarbetarna. När förbättringsarbeten tar tid är det ledarens roll att påminna om de gemensamma målen (till exempel bättre vård för patienten, en rimlig arbetsbelastning för medarbetare och ett ansvarsfullt nyttjande av våra gemensamma resurser).

*”Ledarskapet har stor betydelse för den här typen av förändringar som involverar aspekter som yrkesstolthet och omprövning av etablerade roller. Det är viktigt att låta arbetet ta tid, och fånga upp de olika tankar och känslor som den här typen av arbeten kan väcka.”*

*Processledare*

Under perioder av omfattande förändring är ofta dialogen mellan medarbetare och chef avgörande för att skapa balans och stabilitet. Genom att tillsammans med medarbetarna ha en regelbunden dialog skapas en känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, vilket ökar förmågan att hantera svåra situationer. Flera ledare som intervjuats inom ramen för det här arbetet beskriver vikten av att våga prata med medarbetarna om det som är svårt när det gäller att förändra arbetsfördelningen. Genom att synliggöra känslor och sätta ord på dem blir de ofta lättare att hantera.

*”Då jag började som chefkunde jag ibland dra mig för att gå ut och prata med medarbetarna om de svåra frågorna. Men genom att dra sig undan blev saker och ting bara värre. Nu ser jag till att vara som mest synlig och närvarande under förändringar och låter medarbetarna vara med och ta fram lösningarna när vi till exempel har brist på personal. Det skapar ett större lugn för såväl medarbetarna som för mig som chef.”*

*Barnmorska och verksamhetschef*

## LÄSTIPS!

”Implementering i vården” Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018 [66]

”Visa vägen i vården” Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017 [69]

## Framgångsfaktor 5: Ge och ta – lämna uppgifter för att skapa utrymme för nya ansvar

- › Lägg tid på att stötta både avlämnande och mottagande medarbetare
- › Följ upp så att den totala arbetsbelastningen per medarbetare och roll är ändamålsenlig efter förändringen

Vid omfördelning av uppgifter mellan medarbetare finns alltid en avsändare och en mottagare. Om någon av dessa grupper inte engagerar sig i förändringen kommer förändringen inte heller till stånd. Såväl forskning som erfarenhet från verksamheter som intervjuats inom ramen för det här arbetet pekar på att det ofta kan vara svårare att motivera medarbetare att lämna ifrån sig arbetsuppgifter än att ta emot nya. [58] Detta tycks från intervjuerna vara oberoende av om det är uppgifter som upplevs som viktiga för medarbetaren ifråga, eller om det är uppgifter de inte har en specifik önskan att utföra. Många av de ledare som intervjuats inom ramen för det här arbetet berättar att medarbetare ofta resonerar i termer av att det går snabbare och känns tryggare att utföra arbetsuppgifter själv, istället för att låta någon annan göra det.

*”Då vi skulle avlasta medarbetare på förlossningskliniken genom att omfördela vissa administrativa arbetsuppgifter till kanslisterna märkte vi att exempelvis barnmorskorna fortsatte sköta uppgifterna själva, trots att den administrativa personalen endast satt några meter därifrån.”*

*Överläkare och medicinsk rådgivare*

I enkätundersökningar där man bad vårdpersonal (bland annat sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter) att ange vad som utgjorde hinder för att omfördela arbetsuppgifter inom vården angavs ”starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter” samt ”traditioner och vanor” som två viktiga anledningar. [6] 39 procent av sjuksköterskorna och 36 procent av undersköterskorna angav att starka professioner som inte vill lämna ifrån sig uppgifter i mycket hög grad låg bakom att omfördelning av arbete inte lyckades. Detta motstånd att lämna ifrån sig uppgifter kan grunda sig i vanans kraft och traditioner, men också i en oro för att den mottagande gruppen inte har förmåga att utföra uppgiften lika bra. Flera intervjuade verksamhetsföreträdare lyfter exemplet då delar av abortprocessen flyttades från läkare till barnmorska. Initialt fanns på en skepsis från läkarnas håll. Men då ledare kunde hänvisa till forskning som visade att vården kan ske lika patientsäkert om en barnmorska utför arbetsuppgifterna [22].

*”Läkarna var väldigt misstänksamma till en början, men efter att ha visat på studier att barnmorskeledd abortmottagning skedde lika patientsäkert, och även att andra kliniker redan gjort den förändringen vågade de till slut testa.”*

Överläkare och verksamhetsområdeschef

Inför ett förbättringsarbete med uppgiftsväxling är det viktigt att medarbetare som ska ta över en arbetsuppgift får adekvat utbildning och handledning innan skiftet görs. [70] Det kan annars leda till oro för såväl de medarbetare som lämnar uppgiften som medarbetarna som tar emot uppgiften. [58] Flera intervjupersoner lyfter också att följsamheten till nya arbetssätt varit större efter omfördelning av uppgifter av medicinsk karaktär jämfört med när omvårdnadsuppgifter omfördelats. Det beskrivs bero på att det ofta skapas en tydligare struktur inför förändringar som innefattar uppgifter av medicinsk karaktär (exempelvis kompetenshöjande utbildning för mottagande grupp, övning under handledning den första tiden, samt en mer klargjord process för när den nya uppdelningen ska gälla och ansvarsfördelning i processen). Flera intervjupersoner betonar vikten av en tydlig plan och struktur liksom relevant utbildning och handledning även vid skifte av andra uppgifter.

Gemensamt för många av de verksamheter som framgångsrikt lyckats omfördela arbetsuppgifter är att arbetet skett strukturerat och tillsammans med medarbetarna. Genom att tillsammans genomlysa verksamheten och sedan gemensamt komma fram till hur arbetsuppdelningen kan utformas på bästa sätt har förändringar accepterats i högre grad. Verksamhetsföreträdare beskriver att det då har blivit tydligt att förändringen sker för att uppnå ett bättre vårdflöde för medarbetare och patienter.

*”Genom att kartlägga alla arbetsuppgifter som utförs under vårdprocessen på vår klinik kunde vi se vem som gör vad idag. Först när vi tillsammans med medarbetarna arbetade med att omfördela arbetsuppgifter, och de själva kunde se att någon annan fångar upp det som de gjorde tidigare, fick vi följsamhet till de nya arbetssätten.”*

Chef för kvalitetsutveckling

## Framgångsfaktor 6: Se helheten – undvik fragmentering av processer och roller

- › Kartlägg processer och arbetsflöden med utgångspunkt i ”patientresan” tillsammans med medarbetarna

Rätt genomförd kan uppgiftsväxling leda till bättre vård för patienten, ett bättre arbetsflöde i verksamheten och att medarbetarnas kompetens i högre utsträckning kan användas för att möta patienternas behov på ett effektivt sätt. Att flytta en uppgift mellan två medarbetare kan låta enkelt, men för att förstå vilka uppgifter som är lämpliga att omfördela är det viktigt att förändringen ses i sitt sammanhang. Den kliniska vardagen innebär ett komplext nätverk av olika personer och processer. I varje möte med patienten inhämtas stora mängder information av vårdpersonalen, i tillägg till den faktiska arbetsuppgiften som utförs. Samtidigt som blodtryck mäts, kan exempelvis medvetandegrad, andningsfrekvens och smärta bedömas. De flesta arbetsuppgifterna i vården sker dessutom i en noga genomtänkt kedja, där den ena uppgiften behöver föregås av en annan. Det gör att den samlade effektiviteten i hela vårdprocessen behöver bedömas för att avgöra om en uppgift är lämplig att omfördela. Om enskilda arbetsuppgifter lyfts ur sitt sammanhang och omfördelas finns en risk att vården blir fragmenterad för såväl patienterna som medarbetarna. En annan risk är att volymen och frekvensen av arbetsuppgiften inte är tillräckligt hög för att det ska vara meningsfullt att omfördela ansvaret. En alltför låg volym kan leda till att tidsvinsten för den som slutar göra arbetsuppgiften blir liten. På motsvarande sätt kan en låg volym medföra att den mottagande parten inte får tillräcklig rutin och mängdträning för att det ska gå att uppnå önskvärd kvalitet i genomförandet inom en rimlig tids horisont.

*”Den enklaste omfördelningen av arbetsuppgifter är den som utgör många repetitiva och enkla moment, som sker i stor volym i den kliniska vardagen. Alla arbetsmoment som kräver mer av en bedömning är svårare att skifta.”*

*Överbarmorska och del i sjukhusledningen*

För att kunna identifiera vilka uppgifter som är ändamålsenliga att omfördela krävs ett helhetsperspektiv. Flera intervjupersoner lyfter vikten av att genomlys hela arbetsflöden och verksamheter för att därefter identifiera och prioritera möjligheter att kunna använda kompetensen bättre. För att uppnå denna helhetssyn berättar flera verksamhetsföreträdare att de samlat medarbetare i tvärprofessionella grupper där arbetsmomenten som utförs sätts i sitt sammanhang. Genom att tillsammans belysa vårdprocesser i sin helhet blir det enklare att identifiera ”flaskhalsarna” och värdera om en annan arbetsfördelning kan bidra till att åtgärda dem. En sådan tvärprofessionell analys kan exempelvis mynna ut i bedömningen att en sjuksköterska fortsatt ska utföra en viss patientnära omvårdnadsinsats trots att undersköterskan besitter tillräcklig kompetens för att kunna överta uppgiften, då vinsten av att sjuksköterska kan göra en helhetsbedömning av hur patienten mår överstiger värdet av att omfördela uppgiften. Följaktligen är en nära dialog med medarbetarna en nyckel för att lyckas med uppgiftsväxling då medarbetarna har kunskap om vilka processer och bedömningar som hör samman med en viss uppgift.

*”Vi har utfört våra förbättringsarbeten i små cykler. Vi utgår från olika vårdprocesser som vi har på vår klinik, exempelvis ett flöde för planerade kejsarsnitt, ett flöde för sätesförlossningar och så vidare. Då vi påbörjar förbättringsprojekt analyserar vi först processen i sin helhet som den ser ut idag. Vilka moment utförs och i vilken ordning? Vilka kompetenser behövs för uppgifterna i flödet och vem har ansvar för momentet idag. Därefter kan vi hitta förbättringsmöjligheter som vi testar.”*

*Barnmorska och verksamhetschef på förlossningsklinik*



## Framgångsfaktor 7: Sprid och var stolt – dela lärdomar och fira framgångar

- › Prioritera att mäta och sammanställa resultat
- › Fira även de små framstegen och vinsterna tillsammans med medarbetarna
- › Berätta löpande om lärdomar och framgångar – internt och externt

Alla förändringar kräver tid och energi, även under de mest gynnsamma omständigheter. Många av dem som intervjuats berättar att de redan från starten av förbättringsarbetet arbetat aktivt med att dela de resultat som uppnåtts med medarbetarna och firat små framgångar tillsammans. Flera intervjupersoner refererar till vikten av att hamna i en god förbättringsspiral; om medarbetarna upplever att den kraft som förändringen tar i anspråk leder till förbättring är det lättare att hålla motivationen uppe. Bristande efterlevnad till den tilltänkta förbättringen kan i sin tur leda till att ledningens trovärdighet samt tilltron till framtida förbättringsarbete minskar.

*”Eftersom vi gör den här förbättringsresan tillsammans är det viktigt att alla får information om hur projektet går. Jag delar information i alla möjliga kanaler för att säkerställa att den når alla medarbetare. Vi har det bland annat som en stående punkt på morgonmötet, det har en egen ruta i vårt veckobrev, och vid början av varje pass upprepar vi tre punkter för det aktuella förbättringsarbetet så att de nya rutinerna sätter sig och kan inkorporeras i den ordinarie verksamheten.”*

*Barnmorska och verksamhetschef på en förlösningsklinik*

Framgångarna som kommuniceras kan både handla om genomförande och utfall. Exempelvis har en klinik firat första gången en medarbetare klarat en ny arbetsuppgift under handledning, och sedan första gången självständigt. En annan klinik firade när den nya sjuksköterskeledda mottagningen haft sin hundra patient. En annan verksamhet bjöd hela personalgruppen på tårta i samband med att den uppnått 100 procent tillgänglighet en månad. Ytterligare en annan uppmärksammade på ett morgonmöte att antalet bristningar sjunkit till den dittills lägsta uppmätta nivån. Exempelen är många, och hur informationen delas och firas kan ske på många olika sätt. Vanliga forum att använda är arbetsplatsträffar eller nyhetsbrev. Andra exempel är TV-skärmar på avdelningen där resultat löpande kan visualiseras och informationstavlor i klinikkens reception.



*”Vi har haft många stora förändringar på gång i verksamheten de senaste åren, vilket är krävande för våra medarbetare. Det är viktigt att ha i åtanke, och ge medarbetarna en tydlig tidsram för hur länge vi tänker att projektet kommer att pågå så att de kan se ljuset i tunneln. En annan viktig aspekt är att dela mycket information, dels om hur arbetet fortlöper, men framförallt hur bra det går. Vi hjälps åt att hålla humöret uppe och fira tillsammans att vi är på väg att förbättra vården.”*

*Bammorska och verksamhetschef*

## Framgångsfaktor 8: Börja nu - arbeta i små förbättringscykler

- › Arbeta i små förbättringscykler, stäm av och justera löpande
- › Överför arbetssätt som fungerar väl till ordinarie verksamhet

Intervjupersoner framhåller att det ofta är enklare att komma igång om man påbörjar förbättringsarbetet inom ett avgränsat område och inte har en alltför hög ambitionsnivå redan från start. Börjar man med att förbättra ett område frigörs ofta tid vilket i sin tur kan leda till ett ökat engagemang att fortsätta med fler förbättringar. Verksamheter som framgångsrikt genomfört förbättringsarbeten som syftar till att använda kompetens rätt har ofta arbetat i små förändringscykler. Genom att börja gräva där man står, och åtgärda det som går att ta sig an redan här och nu, kan medarbetare och chefer få ett ökat självförtroende i att förbättringar faktiskt går att göra, även om förutsättningarna inte alltid är optimala.

*”Vi har nog allt för länge väntat på att vi ska få bättre förutsättningar för att arbeta med verksamhetsutvecklingen, men nu börjar vi undra om ”rätt förutsättningar” någonsin kommer att infinna sig.”*

*Verksamhetschef på neonatalavdelning*

Att göra förändringar i stora, komplexa organisationer så som hälso- och sjukvården är svårt. Det kan leda till att systemet ibland upplevs som trögt och motvilligt till förändring. Samtidigt är det få branscher och yrken som ställer så höga krav på flexibilitet i det dagliga arbetet; i många verksamheter sker en löpande planering av arbetet utifrån de aktuella behoven hos patienterna och akuta situationer kan hastigt leda till förändrade prioriteringar. Det är därför högst naturligt att det ibland kan vara svårt att finna kraften och motivationen för ett mer långsiktigt förbättringsarbete. Forskning pekar vidare på att den upplevda trögheten i systemet beror på flera faktorer, exempelvis att verksamheterna påverkas av flera nivåer av beslutsfattare, att olika

yrkesgrupper tenderar att driva frågor utifrån egna intressen och perspektiv och att ett stort antal parallella förbättringsarbeten konkurrerar om uppmärksamheten. [66] Allt detta sammantaget kan leda att steget till att initiera förändring upplevs vara stort. Förbättringsinitiativ från högsta beslutsnivå kan ofta uppfattas som svåra att förankra i medarbetargruppen samtidigt som ledningens involvering och engagemang är viktigt för att projekt ska bli långsiktiga och uthålliga. Många av de personer som intervjuats trycker på att dessa dragningar mellan olika intressen ibland kan göra det svårt att få någonting att hända. I vissa fall har planeringsfasen inför arbeten dragit ut flera år på grund av ambitionen att försöka nå konsensus bland alla medverkande parter. Genom att börja i det lilla kan detta undvikas, och när resultaten börjar visa sig är det lättare att angräpa nya förbättringsområden.

*”Gör inte så stor affär av det! Börja med något litet och sedan är man igång!”*

*Verksamhetschef på en förlossningsmottagning*





## Kom igång – ett stöd för det egna förbättringsarbetet

Uppmaningen från flera av de verksamhetschefer som tillsammans med sina medarbetare har lyckats göra resan för att använda kompetens rätt är att ”komma igång”. Men hur? Nedan presenteras en enkel process i fyra steg som tar avstamp i etablerade modeller för att leda förbättringsarbete, såsom PDSA<sup>1</sup>- och DMAIC<sup>2</sup>-cykeln. Processen har anpassats utifrån de lärdomar som framkommit i intervjuerna med verksamhetsföreträdare som arbetat med att använda kompetens rätt. I många verksamheter finns redan etablerade modeller för att driva förbättringsarbete och därför presenteras nedan endast några övergripande steg och aktiviteter i den föreslagna processen. Liksom för andra förbättringsarbeten i vården kan arbeten för att använda kompetens rätt ses som en del av det systematiska kvalitets- och arbetsmiljöarbetet som ska pågå kontinuerligt i vården enligt föreskrifter från Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket.

Not. 1. Ett verktyg som användas vid kvalitets- och förbättringsarbete i en organisation med hjälp av fyra steg: plan, do, study, act; planera, utföra, studera, agera.

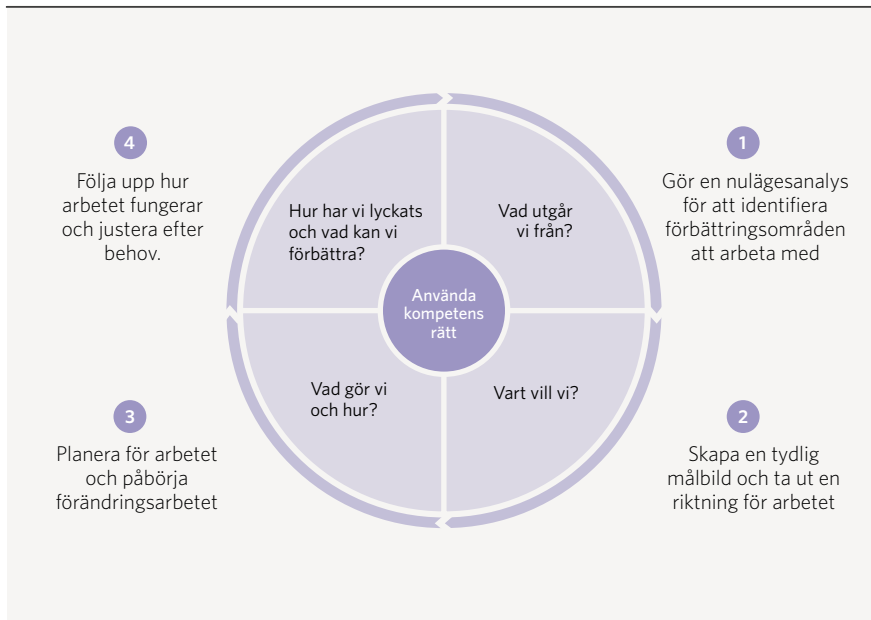
Not. 2. En metodik för kvalitets- och förbättringsarbeten bestående av fem steg: Define, Measure, Analyze, Improve, Control; definiera, mät, analysera, förbättra, kontrollera.

## Fyra steg för att använda kompetens rätt

Ett förbättringsarbete för att använda kompetens rätt kan med fördel genomföras i en process i fyra steg, se figur 1 nedan.

- › Steg 1 innebär att skapa en gemensam bild över nuläget som beskriver i vilken utsträckning verksamheten möter patientens behov, hur medarbetarnas situation ser ut och hur resurserna används.
- › Steg 2 innebär att sätta mål och ta ut en riktning för arbetet.
- › Steg 3 innebär att välja hur man ska göra för att uppnå målbilden och påbörja genomförandet.
- › Steg 4 innebär att följa upp hur det går och identifiera fortsatta förbättringsmöjligheter. För hela processen finns en enkel checklista med frågor som kan fungera som stöd vid genomförandet.

FIGUR 1. Exempel på en arbetsprocess i fyra steg för att arbeta med att använda kompetens rätt



## Steg 1: Vad utgår vi ifrån? Analysera behov och förutsättningar

Oavsett utgångspunkt är det viktigt att inledningsvis skapa en gemensam bild över nuläget. En analys av utgångsläget kan ske på många olika sätt och med olika ambitionsnivå. Beroende på situationen kan en lämplig omfattning vara allt från att fråga en grupp patienter om deras åsikt, att tillsammans med medarbetare ringa in ett problem eller att genomföra en mer omfattande genomlysning av hela verksamheten. Ett återkommande tips från verksamheter som framgångsrikt arbetat för att använda kompetens rätt är att involvera personer från flera olika yrkesgrupper i arbetsgruppen för projektet, och särskilt tillvarata engagemanget hos medarbetare som visar stort intresse för det tänkta förbättringsprojektet.

FIGUR 1. Steg 1



### **Förslag på frågor att besvara under steg 1:**

- › Vilka olika behov har våra patienter? Kan vi förändra något för att bättre möta våra patienters behov?
- › Vilka arbetsuppgifter lägger vi vår tid på idag för att möta olika patienters behov?



- › Finns det några arbetsuppgifter som vi skulle kunna omfördela eller arbetssätt som vi skulle kunna utveckla för att använda kompetens på ett mer effektivt sätt?
- › Hur ser arbetssituationen ut för medarbetarna? Är det något som försvårar arbetet i nuläget?
- › Hur ser verksamhetens uppdrag och ekonomi ut i nuläget?
- › Vilka kompetenser har vi idag? Vilka kompetenser krävs för att utföra arbetsuppgifterna?

### LÄSTIPS!

Mer om att planera förbättringsarbeten och tips kring hur man kan arbeta med tjänstedesign och patientinvolvering finns bland annat på Innovationsguiden.se och i QRC:s verktygslåda [71].

## Steg 2: Vart vill vi? Sätt mål och ta ut en riktning

I nästa steg är det angeläget att formulera vad förbättringsarbetet ska leda till: vad ska åstadkommas och varför? En tydlig målbild ger förutsättningar för att identifiera olika lösningar som kan ta verksamheten till det önskade läget. En gemensam målbild är också något som verksamheten kan sluta upp bakom och känna stolthet över och som kan motivera gruppen att arbeta åt samma håll. Det är ofta en fördel att hålla beskrivningen tydlig och enkel.

I förbättringsarbeten för att använda kompetens rätt finns åtminstone tre övergripande målområden: en god vård för patienterna, en långsiktigt hållbar arbetsmiljö för medarbetarna samt ett effektivt resursutnyttjande. För varje förbättringsarbete finns ofta olika målgrupper och intressenter som på olika sätt kommer beröras av förändringen och ibland kan målkonflikter uppstå. En analys av konsekvenserna för samtliga målgrupper bör därför ingå i arbetet med att formulera förbättringsarbetets mål.

FIGUR 2. Steg 2



**Förslag på frågor att besvara under steg 2 är exempelvis:**

- › Vilka mål vill vi uppnå (utifrån ett patient-, medarbetar- och verksamhetsperspektiv) Vilka mått eller indikatorer kan vi använda för att se om vi lyckas?
- › Vilka intressenter är viktiga att informera och engagera i arbetet? Hur ska målbilden och riktningen för arbetet kommuniceras till olika intressenter?

### Steg 3: Vad gör vi och hur? Prioritera, planera och börja!

När det finns en tydlig målbild är det dags att välja *hur* målbilden ska uppnås samt att påbörja genomförandet.

I den här rapporten har fyra huvudsakliga sätt för att använda kompetens bättre beskrivits (läs mer i kapitel 2). I korthet handlar de fyra arbetssätten om:

1. **Fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens**, där nya arbetssätt införs för att bättre ta tillvara på variationerna i kompetens inom en yrkesgrupp
2. **Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper**, där en definierad uppgift flyttas från den grupp som tidigare utfört och haft ansvarat för uppgiften till en annan grupp av medarbetare
3. **Införande av nya yrkesgrupper**, där verksamheten genom rekrytering eller samverkan inför en ny kompetens som inte tidigare funnits i verksamheten
4. **Nya teamsammansättningar**, där den samlade kompetensen i ett team nyttjas bättre

DIAGRAM 1. Steg 3



**Förslag på frågor att besvara under steg 3 är exempelvis:**

- › Vilken/vilka arbetssätt för att använda kompetens rätt vill vi använda oss av?
- › Finns det några risker (för patienter, medarbetare eller verksamhet)?
- › Vilka potentiella vinster finns om vi når våra mål och hur drar vi bäst nytta av dessa?
- › Hur säkerställer vi att berörda medarbetare får rätt förutsättningar, till exempel kompetenshöjande insatser, handledning och avsatt tid för att pröva nya arbetssätt med hållbart arbetstempo?
- › Hur förankrar vi arbetet hos berörda parter och relevanta intressenter?

**LÄSTIPS!**

Mer om riskanalys finns att läsa på [Suntarbetsliv.se](https://www.suntarbetsliv.se) och i SKR:s handbok "Riskanalys och händelseanalys" [72].

## Steg 4: Hur har vi lyckats och vad kan vi förbättra? Följ upp och fortsätt utveckla arbetssätt

För att kunna dra slutsatser kring förändringen är det viktigt att både följa upp hur genomförandet har fungerat (följsamheten till de nya arbetssätten) och vad som har uppnåtts utifrån målen (utfall och resultat). Att följa upp förbättringsarbetet är centralt för att kunna identifiera fortsatta förbättringsbehov och göra eventuella justeringar.

DIAGRAM 1. Steg 4



### **Förslag på frågor att besvara under steg 4 är exempelvis:**

- › Hur fungerar de nya arbetssätten?
- › Hur har resultaten av arbetet blivit i förhållande till målen?
- › Hur kan vi vidareutveckla arbetssätten så att de fungerar ännu bättre?
- › Vilka lärdomar vill vi återkoppla till patienter, medarbetare och ledning?
- › Hur ser vi till att lyckade arbetssätt införs permanent? Behövs några särskilda beslut och i sådana fall av vem?



## Avslutande tips inför arbetet för att använda kompetens rätt

*För att underlätta planeringen av framtida förbättringsarbeten för att använda kompetens rätt finns ett antal konkreta lärdomar och tips för de olika arbetsätten listade nedan. Tipsen kommer från en lång rad verksamheter som redan har kommit igång och genom att sprida deras lärdomar är förhoppningen att sannolikheten för goda resultat i ert kommande förbättringsarbete ökar!*

### **Fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetares individuella kompetens – tänk på det här!**

- › Säkerställ att alla roller har möjlighet till stöd. En viktig faktor för att trivas med sitt arbete och med sina arbetsuppgifter är att det finns någon att vända sig till och kunna konsultera vid behov. Det är därför viktigt att det finns ett system för vilka stödfunktioner som finns för olika roller. Exempelvis behöver nyutexaminerade medarbetare handledning och stöd i det fortsatta lärandet på arbetsplatsen. Även vid införande av nya roller, där medarbetare förväntas ta på sig mer ansvar än tidigare, är det extra viktigt att ett stödsystem finns på plats.
- › Låt motivation och vilja ligga till grund för medarbetare att kliva in i nya roller. En ny roll innebär ofta nya ansvarsområden och en förändring i hur arbetsdagen ser ut. Många av de personer som intervjuats inom ramen för det här arbetet beskriver att det sällan fungerat bra när en omotiverad medarbetare gått in i en ny roll.

- Skapa strukturer för att underlätta införande av nya roller. Man kan inte förvänta sig att medarbetare ändrar på sitt beteende enbart för att de fått information om att så ska göras, utan rätt förutsättningar måste finnas. Genom att skapa exempelvis rumsliga (såsom en central disk för lednings-sjuksköterskan) och strukturella anpassningar (såsom schemalägnings-system utifrån karriärmodeller) ökar chansen att lyckas.
- Gör systemet robust och självgående. Många verksamhetsföreträdare betonar vikten av att inte göra förändringar som leder till att system blir avhängiga en enskild medarbetare. Nya roller eller funktioner kan ofta bli mycket uppskattade och det finns en risk att ansvarsområdet för rollen successivt växer. Systemet kan då bli skört om endast en medarbetare har ansvar för den nya rollen och därmed viktiga funktioner. Även för medarbetaren kan det bli krävande om det blir ett för stort ansvar att bära. Det är därför viktigt att säkerställa att det finns fler medarbetare som kan kliva in i rollen vid exempelvis sjukdom eller semester.
- Utgå från såväl ämnesspecifika som generella kompetenser vid utformning av nya roller inom en yrkesgrupp. Inom vården finns behov av såväl ämnesspecifika som generella kompetenser. Vid utformning av karriärmodeller eller rollfördelning inom en yrkesgrupp krävs att båda dessa ”typer” av kompetenser beaktas för att få en komplett bild av medarbetarens kompetensprofil.
- Säkerställ att arbetsuppgiftens svårighetsgrad motsvarar kompetensen hos medarbetaren som ska utföra den. Då arbetsuppgifter fördelas i arbetslaget är det viktigt att säkerställa att de medarbetare som ska ansvara för och utföra uppgiften har tillräcklig kompetens. Om medarbetarens kompetens inte är tillräcklig inom området krävs att medarbetaren får kompetenshöjande insatser eller handledning den första tiden.



## Uppgiftsväxling – tänk på det här!

- › Uppgiftsväxla endast till personalgrupper som har utrymme att ta över arbetsuppgiften. Det måste finnas utrymme hos mottagande personalgrupp för att det ska vara möjligt/effektivt att flytta uppgiften. Om uppgiftsväxling sker till en personalgrupp som det är svårt att rekrytera till behöver tid frigöras från den gruppen innan de kan överta nya uppgifter.
- › Säkerställ att det blir tillräcklig volym av arbetsuppgiften – både för den som lämnar ifrån sig och tar emot en uppgift. Givet att förändringar ofta tar både tid och energi krävs att märkbart med tid frigörs hos avlämnande personalgrupp för att en uppgiftsväxling ska vara värd att genomföra. Vidare behöver arbetsuppgiften vara av tillräcklig volym för den mottagande personalgruppen för att kompetensen och kvaliteten i arbetet ska kunna upprätthållas.
- › Förankra med hela personalgruppen inför uppgiftsväxling – inte bara de två grupper uppgiften ska växlas mellan. För att uppgiftsväxlingen ska få genomslag är det viktigt att hela personalgruppen är informerad och att förändringen är accepterad. Förankring bör även ske i samråd med fackliga ombud.
- › Tänk på kort- och långsiktiga konsekvenser. När uppgifter växlas från en yrkesgrupp finns en risk att kompetensen i framtiden inte kommer att leva kvar inom den yrkesgruppen på arbetsplatsen. Exempelvis beskriver intervjupersoner att det i många verksamheter har funnits en oro för att läkarkåren skulle förlora kompetens när uppgifter flyttas från läkare till barnmorska eller specialistsjuksköterska. I flera fall har den risken hanterats genom att ST-läkare har en obligatorisk placering på berörda avdelningar.
- › Avsätt tid för uppgiftsväxlingen. Många verksamheter betonar vikten av att avsätta tid för uppgiftsväxlingen. Dels i förarbetet så att mottagande grupp är väl förberedd och har erhållit adekvat utbildning, dels i planeringen av arbetsflödet när uppgiften väl växlats då det ofta tar längre tid att utföra samma uppgift om man är ovan eller inte har samma omkringliggande kunskap.

## Införande av nya yrkesgrupper – tänk på det här!

- › Utgå från patientens behov och den egna verksamheten vid analys av vilka kompetenser som behövs. Vilka kompetenser som krävs för att möta patientens behov och preferenser kan variera från verksamhet till verksamhet. För vissa kan det vara en fysioterapeut med erfarenhet av bäckenbottenundersökningar, för andra kan det vara en kurator med god kännedom om Försäkringskassan och för en tredje vårdnära service som transporterar patienter mellan akutmottagning och vårdavdelningar. Genom att utgå ifrån dels de patienter som nyttjar vården och dels vad ordinarie medarbetare lägger sin tid på, kan behov av nyckelkompetenser eller fler medarbetare identifieras.
- › Se det som en långsiktig investering. Initialt kan införandet av nya yrkesgrupper eller kompetenser leda till ökade kostnader. Det bör dock utvärderas och ses som en långsiktig investering.
- › Undersök på vilket sätt nya kompetenser bäst införs i verksamheten. Att introducera nya yrkesgrupper eller kompetenser kan ske på många olika sätt. Det kan ske genom samverkan med en annan verksamhet, att anställa en eller flera nya medarbetare eller att visstidsanställa en medarbetare med målet att kompetensutveckla övriga medarbetare under en begränsad tidsperiod.
- › Säkerställ fungerande arbetsledning och handledning Det kan vara särskilt utmanande att börja arbeta i en ny roll som inte tidigare funnits i organisationen. Det gäller oavsett om medarbetaren är erfaren eller nyutbildad. Detta medför ett ökat behov av närvarande ledare. Säkerställ att det finns tid och möjlighet till både spontana och mer formella möten.
- › Låt nya medarbetare bli en del av gänget. För att nya medarbetare ska trivas och vilja stanna kvar i verksamheten krävs att de bjuds in att delta i det sociala sammanhanget. Vid införande av nya yrkesgrupper och kompetenser kan den nya medarbetaren ibland vara den enda i verksamheten inom sin yrkesgrupp. Det kan då behövas stöd för medarbetaren att hitta sammanhang för sin professionella utveckling inom yrket för att fortsatt kunna tillföra sin unika kompetens.
- › Sprid information om införandet av nya yrkesgrupper till resten av medarbetarna. Vid införande av nya yrkesgrupper behöver alla medarbetare i verksamheten få information om och förstå vilken kompetens den nya yrkesgruppen tillför. Förändringen medför i normalfallet att teamet gemensamt måste utveckla mål och arbetssätt för att möta patienternas behov på nya sätt.

## Nya teamsammansättningar - tänk på det här!

- Öva och utbilda tvärprofessionellt. För att framgångsrikt skapa välfungerande team krävs att man tränar tillsammans. För att skapa kännedom om övriga teammedlemmars kompetens och ansvarsområden är det också viktigt att utrymme ges i verksamheten för tvärprofessionella utbildningar och teamövningar.
- Definiera teamet och förtydliga syftet med teamarbetet. För ett effektivt teamarbete krävs mer än att flera medarbetare arbetar i nära anslutning till varandra. Det måste finnas en struktur och tanke bakom utformningen av ett team där syfte och mål för vad teamet ska åstadkomma tillsammans är formulerat.
- Skapa en tydlig rollfördelning. I teamarbete är det viktigt att det är tydligt för alla medlemmar vad som ska utföras av varje roll.
- Se till att teamkulturen lever vidare även i fikarummet. För att skapa en trivsamt arbetsmiljö och mer effektiv teamkultur är det viktigt att samma respekt och "vi-känsla" kan fortsätta att utvecklas även i exempelvis lunchrummet och under möten.
- Inkludera även medarbetare utanför teamet i kunskapsutvecklingen. Genom att skapa ett team som utvecklar spetskompetens kring en viss patientgrupp, ett arbetsflöde eller ett visst sjukdomstillstånd, kan de medicinska resultaten och patientnöjdheten öka. Medlemmarna i teamet kan också utveckla en positiv "vi-känsla" som andra medarbetare kan uppfatta som exklusiv och lockande vilket kan leda till att fler medarbetare blir motiverade att delta i verksamhetsutvecklande arbetsgrupper och team. Det är dock viktigt att fortsatt arbeta för att kunskap och erfarenheter från teamet sprids till personalgruppen i stort.

# Referenser

- [1] The Lancet Report, "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016," 2018.
- [2] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, "Svensk sjukvård i internationell jämförelse," 2018.
- [3] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, "Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden, Rekryteringsrapport 2018," 2018.
- [4] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, "Ekonomirapporten, maj 2019, Om kommunernas och regionernas ekonomi," 2019.
- [5] McKinsey & Company, "Tid till vård ger vård i tid – Hur möjliggör vi en bättre användning av läkarens tid och en ökad produktivitet?," 2019.
- [6] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, "Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens," 2013.
- [7] Region Stockholm, "sll.se" [Online]. Available: <https://www.sll.se/broschyr-kompetensstege>.
- [8] Region Östergötland, "regionostergotland.se" [Online]. Available: <https://dokument.regionostergotland.se/Karriärstege>.
- [9] Västra Götalandsregionen, "vgregion.se" [Online]. Available: <http://www2.vgregion.se/PSA/Jobb/broschyr>.
- [10] Paplanus L et al, "Knowledge translation: A Nurse Practitioner Clinical Ladder Advancement Program in a university-affiliated, integrated medical center," *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, vol. 26, nr 8, p. 424–437, 2014.
- [11] Moore A et al, "Attributes of a Successful Clinical Ladder Program for Nurses: An Integrative Review.," *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 16, nr 4, pp. 263-270, 2019.
- [12] Gustavsson P et al, "Longitudinell Undersökning av Sjuksköterskors Tillvaro: (LUST-studien): En landsomfattande longitudinell enkätstudie av sjuksköterskestudenters hälsoutveckling och karriärval under utbildningsåren och imötet med arbetslivet," Karolinska Institutet. Institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle. Enheten för vård och verksamhetsutveckling, 2007.

- [13] Gustavsson P et al, "Lärares och sjuksköterskors hälsoutveckling och karriärvägar de första åren efter utbildning Rapport B2013:5," Karolinska Institutet, 2013.
- [14] Jantzen D, "Refining nursing practice through workplace learning: A grounded theory," *Journal of Clinical Nursing*, vol. 28, nr 13-14, pp. 2565-2576, 2019.
- [15] Zhang Y et al, "The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: A systematic review," *Nurse Education Today*, vol. 37, pp. 136-144, 2016.
- [16] Hogan R et al, "Peer to peer mentoring: Outcomes of third-year midwifery students mentoring first-year students," *Women and Birth*, vol. 30, nr 3, pp. 206-213, 2017.
- [17] World Health Organization, "Task Shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams," 2008.
- [18] A. Götlind, Svensk sjuksköterskeförening 100 år - bilder av sjuksköterskan, Gothia Förlag, 2010.
- [19] Socialdepartementet, "Välfärd, vård och omsorg SOU 2000:38," 2000.
- [20] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, "Använd kompetens rätt - Ett sätt att möta rekryteringsutmaningen i hälso- och sjukvården," 2018.
- [21] Laurant, M et al, "Nurses as substitutes for doctors in primary care," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3, no. 7, p. Art. No.: CD001271, 2018.
- [22] Kopp Kallner, H et al, "The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial," *BJOG*, vol. 122, nr 4, pp. 510-517, 2015.
- [23] Barnard S et al, "Doctors or mid-level providers for abortion (Review)," *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 7*. Art. No.: CD011242. DOI: 10.1002/14651858.CD011242.pub2., 2015.
- [24] Bornhöft L et al, "Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial," *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, vol. 11, pp. 1-13, 2019.
- [25] Bornhöft L et al, "Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study," *Physiotherapy Theory and Practice*, vol. 31, nr 1, pp. 45-52, 2015.

- [26] Norful A et al, "Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review.," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 74, pp. 15-23, 2017.
- [27] Sjöström S et al, "Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis," *PLoS ONE*, vol. 11, nr 6, pp. 1-15, 2016.
- [28] Bornhöft L et al, "More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment," *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 20, nr 1, pp. 186-194, 2019.
- [29] Socialstyrelsen, "Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten," Socialstyrelsen, 2018.
- [30] Colvin C et al, "A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services," *Midwifery*, vol. 29, nr 10, pp. 1211-21, 2013.
- [31] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU SBU:s upplysningstjänst, "sbu.se," [Online]. Available: <https://www.sbu.se/contentassets/f4b2c52bf46b498dbc8f9dcbd25893b9/vardnara-service.pdf>.
- [32] Sveriges Kommuner och Landsting, "Vårdnära service - Styrning och uppföljning," Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.
- [33] Magnusson M, "Breddinförande av utökad vårdnära service (UVNS) Beslutsunderlag Dnr: RS 2017-572," Regionstyrelsen, Region Östergötland, 2017.
- [34] Region Norrbotten, "Slutrapport Vårdnära service PService107-7-278," Region Norrbotten, 2018.
- [35] Bohren MA et al, "Continuous support for women during childbirth," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr 7, 2017.
- [36] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU, "SBU kommenterar," sbu.se, [Online]. Available: [https://www.sbu.se/contentassets/3e1d254a780349e3882c5064c9565142/sbuk\\_kontinuerLstod\\_forlossn.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/3e1d254a780349e3882c5064c9565142/sbuk_kontinuerLstod_forlossn.pdf).
- [37] Akhavan S et al, "Foreign-born women's experiences of Community-Based Doulas in Sweden--a qualitative study," *Health Care for Women International*, vol. 33, nr 9, pp. 833-48, 2012.
- [38] Akhavan S et al, "Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden – a qualitative study," *Midwifery*, vol. 28, nr 1, pp. 80-5, 2012.

- [39] Gustafsson M, "Optimizing drug therapy among old people with dementia – The role of clinical pharmacists," Umeå University Department of Community Medicine and Rehabilitation, Geriatric Medicine, Department of Pharmacology and Clinical Neuroscience, Clinical Pharmacology, Department of Nursing, 2016.
- [40] Lee H et al, "Impact on Patient Outcomes of Pharmacist Participation in Multidisciplinary Critical Care Teams: A Systematic Review and Meta-Analysis," *Critical Care Medicine*, vol. 47, nr 9, pp. 1243-1250, 2019.
- [41] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting, "Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator – Utvärdering och utveckling av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting Slutrapport april 2018," Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting, 2018.
- [42] Busch H et al, "En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa - Slutrapport, del 1," Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet, 2011.
- [43] Annon R et al, "Accuracy of detection of patients with narrow angles by community optometrists in Scotland," *Ophthalmic & Physiological Optics*, vol. 39, nr 2, pp. 104-112, 2019.
- [44] Optometry Australia, "Clinical Practice Guide for the Diagnosis, Treatment and Management of Glaucoma," Optometry Australia, 2016.
- [45] Carter M et al, "Developing Team-Based Working in NHS Trusts - Report prepared for the Department of Health," Aston University Birmingham, 2008.
- [46] Allen D et al, "The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review," *JBIC Library of Systematic Reviews*, vol. 7, nr 3, pp. 80-129, 2009.
- [47] Socialstyrelsen, "socialstyrelsen.se" [Online]. Available: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/sakerhetskultur/ledarskapet-teamet-individen>.
- [48] Sunarbetsliv, "www.sunarbetsliv.se" [Online]. Available: <https://www.sunarbetsliv.se/artiklar/ledarskap-och-organisation/utveckla-sunda-team-med-modell-av-susan-wheelan/>.
- [49] Sunarbetsliv, "sunarbetsliv.se" [Online]. Available: <https://www.sunarbetsliv.se/artiklar/sam/fran-riskfaktor-till-friskfaktor/>.
- [50] Cochrane Database of Systematic Reviews, "Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes," Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017.

- [51] Wheelan SA et al, "The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units," *American Journal of Critical Care*, vol. 12, nr 6, pp. 527-34, 2003.
- [52] Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU, "Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team, En systematisk litteraturöversikt," Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2015.
- [53] Socialstyrelsen, "Socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning," Socialstyrelsen, 2016.
- [54] Gustavsson S, "Improvements in neonatal care; using experience-based co-design," *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 27, nr 5, pp. 427-38, 2014.
- [55] Lind C et al, "Involvera mera – Patientsamverkan i utvecklingsarbete," Kvalitetsregistercentrum QRC Stockholm, 2017.
- [56] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, "Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag," Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016.
- [57] Han E et al, "Survey shows that fewer than a third of patient-centered medical home practices engage patients in quality improvement," *Health Affairs*, vol. 32, nr 2, pp. 368-75, 2013.
- [58] KarimiShahanjarini A et al, "Barriers and facilitators to the implementation of doctornurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019.
- [59] Lind C, "Partnerskap mellan patient och vårdprofession Exempel, bästa praxis och rekommendationer," Kvalitetsregistercentrum QRC Stockholm, 2016.
- [60] Mørkved S et al, "Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review," *British Journal of Sports Medicine*, vol. 48, nr 4, pp. 299-310, 2014.
- [61] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, "Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård," Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018.
- [62] Institute for Healthcare Improvement, "www.ihl.org" [Online]. Available: <http://www.ihl.org/Topics/WhatMatters/Pages/default.aspx>.
- [63] Universitets- och Högskolerådet, "uhr.se" [Online]. Available: <https://www.uhr.se>.



- [64] Socialstyrelsen, "socialstyrelsen.se" [Online]. Available: <https://vemfar-goravad.socialstyrelsen.se/sida/legitimation-och-sarskilt-forordnande>.
- [65] Socialstyrelsen, "socialstyrelsen.se" [Online]. Available: <https://vemfar-goravad.socialstyrelsen.se/>.
- [66] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, "Implementering i vården – En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv," Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018.
- [67] Supper I et al, "Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors," *Journal of Public Health*, vol. 37, nr 4, pp. 716-27, 2015.
- [68] Eddy K et al, "Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature," *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, vol. 14, nr 4, pp. 96-137, 2016.
- [69] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, "Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft," Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017.
- [70] Feindel A et al, "Primary care practice assistants' attitudes towards tasking shifting and their perceptions of the challenges of task shifting – Development of a questionnaire," *Health & Social Care in the Community*, vol. 27, nr 4, pp. 323-333, 2019.
- [71] Kvalitetsregistercentrum Stockholm, "qrcsthlm.se" [Online]. Available: <https://qrcstockholm.se/patientsamverkan/verktygslada/>.
- [72] Sveriges Kommuner och Landsting, "Riskanalys och händelseanalys-analysmetoder för att öka patientsäkerheten," Sveriges Kommuner och Regioner, 2015.



# Utveckla arbetssätten

## STRATEGIER FÖR ATT ANVÄNDA KOMPETENS RÄTT I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Svensk hälso- och sjukvård rankas återkommande högt i internationella jämförelser både avseende medicinska resultat och kostnadseffektivitet. För att bibehålla de goda resultaten är det viktigt att vården kontinuerligt utvecklar nya arbetssätt för att svara mot patienternas förändrade behov.

Det finns en rad olika strategier som regionerna redan idag arbetar med för att ställa om och möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. I den här rapporten ligger fokus på att använda kompetens rätt. Genom att ompröva gränsen för vem som gör vad och fördela arbetsuppgifter och roller på nya sätt finns möjligheter att öka kvaliteten och effektiviteten i verksamheterna.

Rapporten riktar sig framför allt till dig som är ledare och arbetar med verksamhetsnära förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården. I rapporten beskriver vi olika tillvägagångssätt för att använda kompetens rätt. Vi belyser också framgångsfaktorer för att lyckas i förbättringsarbetet och presenterar spännande exempel från utvecklingsarbeten runt om i landet. Exemplet i rapporten är i huvudsak hämtade från förlossningsvården, men vi tror att slutsatserna kan vara relevanta även för andra delar av hälso- och sjukvården. Förhoppningen är att rapporten ska bli ett stöd i utvecklingen mot framtidens hälso- och sjukvård.

ISBN 978-91-7585-879-1

Beställ eller ladda ner på [webbutik.skr.se](http://webbutik.skr.se)

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | [skr.se](http://skr.se)



**Sveriges  
Kommuner  
och Regioner**