

Caroline Nordenvall, med stud

Gustaf Edgren, med stud (*gustaf.edgren@med.ki.se*)

Anna Gillispie, med stud

Martin Larsson, med stud; samtliga Läkarlinjen, Karolinska institutet, Stockholm

Johanna Adami, leg läkare, med dr, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik/institutionen Södersjukhuset, Karolinska institutet, Stockholm

Anna Johansson, MSc, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska institutet, Stockholm

Mikael Hartman, leg läkare, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik/VO Kirurgi, Södersjukhuset, Stockholm

Sommarsjukvård – ett dilemma?

II Arbetsituationen under sommarperioden, 15 juni till 15 augusti, är för de flesta inom sjukvården förknippad med starka känslor. För att personalen skall kunna ta ut sin lagstadgade semester behöver antalet vårdplatser på sjukhusen minskas. På Södersjukhuset i Stockholm måste en till två avdelningar per klinik stänga under sommarmånaderna, vilket leder till att en minskad personalstyrka med ett kraftigt reducerat antal sängplatser att förfoga över skall ta hand om en ofta ökad patienttillströmning. Tillgången till sängplatser svarar därmed inte mot det aktuella vårdbehovet. Situationen är likartad på de flesta svenska sjukhus [1], med ibland skrämmande konsekvenser som följd [2]. Under sommaren 2001 blev vårdsituationen på Södersjukhuset ovanligt överanstängd. Avdelningar var ständigt överbelagda med ett flertal patienter, vilket bidrog till att ambulanstransporter till sjukhuset stoppades.

I en intern utvärdering av vårdsituationen sommaren 2001 framkom att åtgärder måste vidtas inför sommaren 2002. Det beslutades att verksamhetsområdet medicin (VO Medicin) – som haft den största belastningen sommaren 2001 – skulle hålla alla sina avdelningar öppna under sommaren 2002. För att möjliggöra detta rekryterades personal från fyra bemanningsföretag för att under två månader, 15 juni till 15 augusti, ansvara för fyra vårdavdelningar. Eftersom detta var förknippat med ett stort ekonomiskt åtagande beslutades att insatsen skulle utvärderas. Målsättningen med utvärderingen var att belysa huruvida patient- och personaltillfredsställelsen skiljde sig mellan de fyra avdelningarna med ordinarie personal och de fyra avdelningarna med inhyrd personal.

II Metod

Den enkätundersökning som utfördes omfattade personal och patienter på de medicinska vårdavdelningarna på Södersjukhuset (SÖS) sommaren 2002. Fyra avdelningar bemannades av ordinarie personal och fyra avdelningar bemannades av personal från bemanningsföretag. Inriktningen på sjukvård för den ordinarie personalens avdelningar (o-avdelningar) var:

- Diabetes, gastroenterologi och hepatologi

Sammanfattat



Sommarsjukvården på de svenska sjukhusen är problematisk. En minskad personalstyrka med ett kraftigt reducerat antal sängplatser att förfoga över skall ta hand om en ofta bibehållen eller ökad patienttillströmning.

På Södersjukhuset höll man sommaren 2002 alla medicinavdelningar öppna, hälften med hjälp av personal från bemanningsföretag.

Vår studie visade inte några tydliga skillnader i patienttillfredsställelse mellan avdelningarna med ordinarie personal respektive inhyrd personal.

Vår slutsats är att man genom att hyra in personal från bemanningsföretag kan förbättra arbetsmiljön under sommaren.

- Stroke, hematologi och koagulation
- Kardiologi
- Korttidsvård, bröstsmärtehet

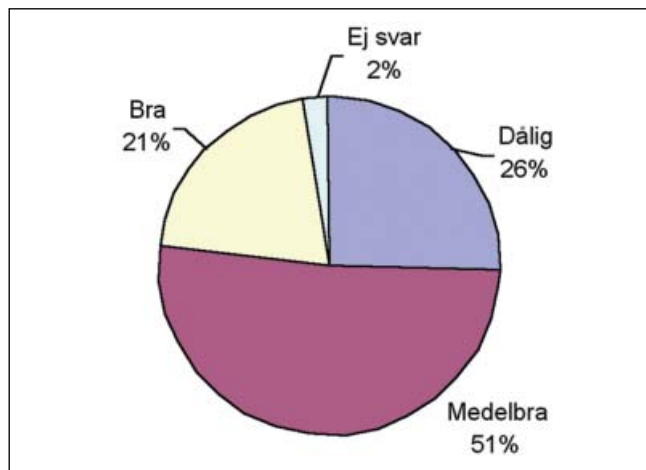
Bemanningsföretagen drev avdelningar (b-avdelningar) med följande inriktningar:

- Lung- och invärtesmedicin
- Kardiologi
- Två avdelningar för invärtesmedicin

Av dessa fyra avdelningar hade de två första avdelningarna personal från bemanningsföretag och läkare från VO Medicin och de två invärtesmedicinska avdelningarna hade både personal och läkare från bemanningsföretag.

Tabell I. Patientkaraktistika.

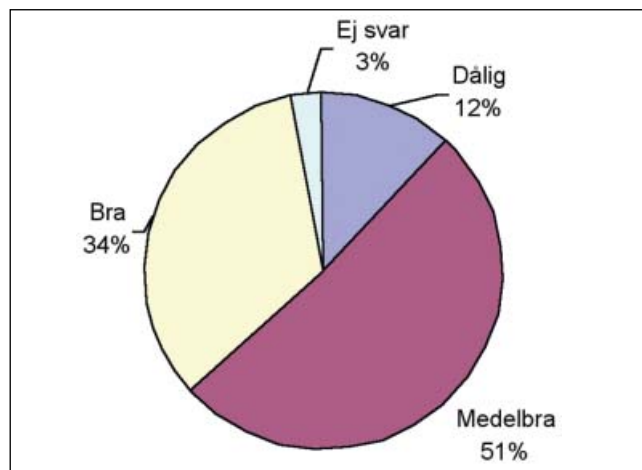
	O-avdelning	B-avdelning	Total
Antal (%)	74 (63)	43 (37)	117 (100)
Medelålder (SD)	64,3 (17,4)	73,2 (15,2)	67,8 (17,2)
Antal kvinnor (%)	33 (45)	23 (53)	56 (48)
Antal allvarligt sjuka (%)	41 (55)	30 (70)	71 (61)



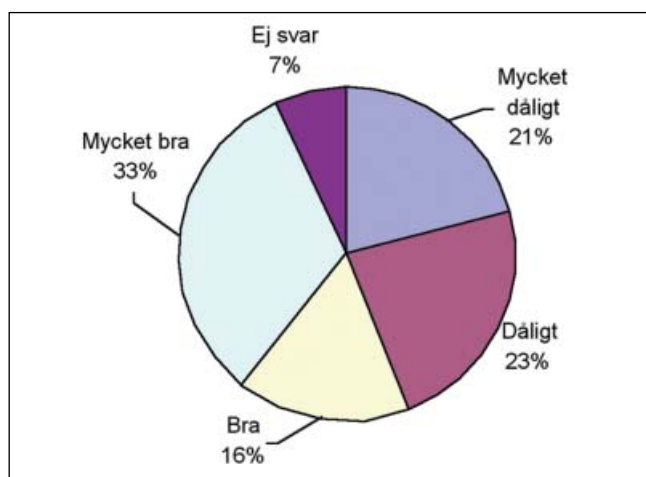
Figur 1. Hur bra information ansåg sig patienterna ha fått på avdelningarna med inhyrd personal?

Tabell II. Medelskillnad mellan de olika avdelningarna.

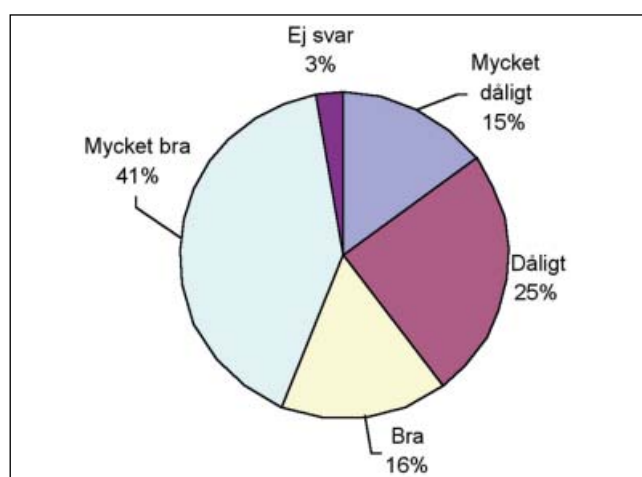
	Spann	O-avd – B-avd	Konfidensintervall (95%)
Patientinformation	0–18	2,0	0,4–3,6
Vårdkvalitet	9–38	3,3	0,8–5,9
Mottagande	3–27	1,0	–0,2–2,3
Totalbetyg	1–10	0,6	0,0–1,3



Figur 2. Hur bra information ansåg sig patienterna på de ordinarie avdelningarna ha fått?



Figur 3. Patienternas totalbetyg på avdelningar med inhyrd personal.



Figur 4. Patienternas totalbetyg på avdelningar med ordinarie personal.

Totalt ifylldes 116 patient- och 160 personalenkäter. Två olika enkäter användes. Både patientenkäten, utvecklad av professor Bengt Arnetz, och personalenkäten (Oskar), utformad av Paula Likkonen, har använts för liknande undersökningar tidigare och är validerade [3,]. Patientintervjun innehöll frågor om ålder, kön, väntetider, tillgänglighet, bemötande, patientinformation, medicinsk behandling, arbetsmiljö på sjukhuset och ett sammanfattande betyg.

Personalen på avdelningarna meddelade vilka patienter som skulle skrivas ut samma dag. Dessa patienter intervjuades av forskarstuderande läkarstudenter, som fyllde i enkäten för varje patient i samband med att de skrevs ut från avdelningarna. Dementa eller förvirrade patienter deltog inte i studien. Från enkätsvaren räknades poängsummor ut för olika bedömningskategorier. För att jämföra medelvärdena för dessa poängsummor användes t-test.

Personalen fyllde själva anonymt i sina enkäter under sommarperioden och lämnade dessa i låsta brevlådor. Frågorna rörde deras avdelningsplacering, yrke, arbetsmiljö,

samarbetet på avdelningarna och hur de trivdes. Cirka 220 anställda hade möjlighet att besvara enkäten, av dessa erhöi vi 160 ifyllda enkäter. Enkäterna matades in med hjälp av inmatningsprogrammet Epidata och alla analyser gjordes i SAS, SAS Institute.

II Resultat

Patienterna på b-avdelningarna var i genomsnitt äldre, andelen kvinnor var större, liksom andelen allvarligt sjuka patienter. Detta bör beaktas vid tolkning av resultaten, eftersom patienternas allmäntillstånd givetvis också kan påverka deras inställning till sjukhusvård (Tabell I).

Fler patienter på o-avdelningarna upplevde att de fått bättre information om sin sjukdom och behandling än patienterna på b-avdelningarna (Figur 1 och 2). På o-avdelningarna gav fler patienter sin vårdtid ett bra eller mycket bra totalbetyg än patienter på b-avdelningarna (Figur 3 och 4). Skillnaderna mellan patienternas intryck av sin vårdtid redovisas i detalj i Tabell II.

II Diskussion

Enkätundersökningen har inte visat någon tydlig skillnad mellan åsikterna hos de svarande på b-avdelningar och o-avdelningar. Generellt visar vår pilotstudie en viss förskjutning mot mer positiva resultat från både patienter och personal på o-avdelningarna i uppfattning om patienttillfredsställelse och arbetssituation. Studiens ringa storlek och metodologiska problem gör dock resultaten osäkra.

Patienterna på o-avdelningarna gav vårdkvaliteten ett högre betyg än patienterna på b-avdelningarna. Detta kan bero på att personalen på o-avdelningarna var van vid att samarbeta och att inarbetade rutiner existerade, men en större och mer ingående undersökning krävs för att undersöka detta mer noggrant. Urvalet av patienter till studien gjordes av personalen på respektive avdelning, som informerade oss om vilka patienter som skulle skrivas ut samma dag. Patienterna intervjuades i mån av tid. Det finns risk för att detta systematiska fel påverkade skillnaderna mellan grupperna, då personalen kunde välja vilka patienter som skulle intervjuas. Inget tyder dock på att så skulle vara fallet.

Vi tilldelades fler patienter från o-avdelningarna, vilket dels kan bero på att patientklientelet och därmed omsättningen skilde sig mellan avdelningarna, dels på att rutiner skiljde sig mellan de olika avdelningarna. Patienterna på b-avdelningarna krävde i regel inte specialistvård och var i genomsnitt äldre. Åldersskillnaden är ett problem, men inget vi hade kunnat påverka med annat än ett selektivt urval av patienter. Vi upplevde dessutom att det var svårare att få tydliga besked om vilka patienter som skulle skrivas ut på b-avdelningarna jämfört med o-avdelningarna.

Enligt våra resultat fanns vissa skillnader i hur personalen uppfattade sin arbetssituation på de olika avdelningarna. Vi såg tendenser till mer positiva resultat från de ordinarie avdelningarna. Dessa skillnader bör dock tolkas med försiktighet, eftersom urvalmekanismen varken var slumpmässig eller oberoende. Att en stor andel av de anställda inte svarade på enkäten bidrar givetvis också till osäkra resultat. Detta bortfall beror sannolikt på stor personalomsättning och missnöje med arbetssituationen. Vi har därför valt att inte redovisa resultaten från personalenkäten.

Det har visat sig genomförbart att utvärdera en omorganisation på detta sätt. Tyvärr är denna undersökning något trubbig, då patientklientelet skiljer sig kraftigt mellan grupperna och då urvalet av patienter i viss mån har styrts av avdelningarna. Klart är dock att vi inte kunnat identifiera några större skillnader i patienttillfredsställelse mellan grupperna.

Sammanfattningsvis får inhyring av personal från bemanningsföretag ses som ett försök att förbättra arbetsmiljön sommartid, utan att det inneburit tydliga tecken på försämring av vårdkvaliteten. Ordinarie personal har fått en adekvat semester, vilket borde bidra till en bättre arbetsmiljö under resten av året. Liknande ansatser bör framdeles utvärderas i större skala för att effekterna skall kunna belysas mer i detalj.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Var fjärde vårdplats bort i sommar. Läkartidningen 1998;95:2422.
2. Dahlman E. Politiker får kritik för vårdmissar. Läkartidningen 2002;99:477.
3. Arnetz BB. Physicians' view of their work environment and organization. Psychother Psychosom 1997;66:155-62.



= artikeln är referentgranskad

”Att vara doktor” tävlingsregler.

Ditt huvudtema ska vara läkarrollen eller yrkesetik. Utgå gärna från personliga erfarenheter och reflexioner – patienter du mött eller något du varit med om i ditt yrke. Det du väljer att skriva om bör ha haft stor betydelse för dig i ditt yrkesliv, men det bör också ha en viss allmängiltighet för kolleger och andra. Tävligen är öppen för alla läkare, även blivande och nylegitimerade!

FAKTA OM NOVELLTÄVLINGEN

Vi tar endast emot en text per skribent. Texten får inte tidigare ha varit publicerad. Omfånget får inte överstiga 24 000 tecken.

De vinnande bidragen kommer att publiceras i en jubileumsbok som ges ut i samarbete med Brombergs bokförlag under hösten år 2004 (engångshonorar utgår). Några kommer även att publiceras i Läkartidningen.

Urvalet till boken görs av en jury där bl a medlemmar av Läkartidningens redaktion och bokförläggare Dorotea Bromberg ingår.

Bidragen ska vara Läkartidningen tillhanda senast den 31 januari 2004. Skicka en papperskopia till: Redaktionen, Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm samt en elektronisk kopia i form av ett word-dokument till josef.milerad@lakartidningen.se. Märk kuvertet och e-postmeddelandet med ”Att vara doktor”.

Brombergs bokförlag förbehåller sig rätten att avstå från att ge ut boken om texterna inte håller tillräckligt hög kvalitet. Insända bidrag returneras ej.

