Arbetslivsfondens fallrapport
Nr 314

Timbank löste stress

Arbetsplats: Intensivvårdsavdelningen, Länssjukhuset, Halmstad

Kontaktperson: Eivor Hoffert-Pålsson, projektledare, tel 035-131271

Arbetslivsfondens handläggare: Maj-Britt Sandlund, Hallands län

Skribent: Kristina Lundgren

Sammanfattning: Arbetsbelastningen på intensivvårdsavdelningen (IVA) vid Länssjukhuset i Halmstad var ojämn och omöjlig att förutse och därmed var det svårt att planera bemanningen. För att vara helgarderad hade man därför alltid full bemanning, oavsett om arbetsuppgifterna var många eller få. Tider av lägre arbetsbelastning kändes stressande och arbetsplatsen upplevdes stökig och rörig med en alltför hög ljudnivå, något som även patienterna ibland klagade över. För personalen var det även betungande att inte i någon mån kunna anpassa schemat efter personliga förhållanden. Efter en idé från ett annat sjukhus inleddes ett omfattande arbete med nyorganisation, där begreppet timbank skulle visa sig vara den revolution som förändrade arbetsförhållandena till det bättre och med ökad säkerhet för patienterna som följd.

Bakgrund

Anestesi- och akutkliniken vid Länssjukhuset i Halmstad är personellt och budgetmässigt den näst största enheten. Här arbetar drygt 300 årsarbetare och budgeten var 1992 nära 70 miljoner kronor. Kliniken är organisatoriskt indelad i fem olika områden - sjukhusets allmänna intensivvårdsavdelning(IVA), den kirurgiska operationsavdelningen, anestesiavdelningen, smärtmottagningen och akutvårds centralen(AVC).

Med undantag för nyfödda barn vårdas och övervakas patienter på IVA med ofta mycket svåra sjukdomstillstånd. De kommer från alla specialiteter och är i alla åldrar. Vårdtiden varierar mellan timmar och flera månader. Detta förklarar varför avdelningen inte kan styra arbetsbelastningen. Det får till följd att antalet patienter och därmed vårdtyngden varierar oförutsägbart.

Till IVA hör även två stycken uppvakningsavdelningar (kirurgop, öronop) samt en postoperativ avdelning som är öppen dygnet runt måndag-fredag.

Gemensamt för den postoperativa övervakningen och intensivvårdsavdelningen är att patienternas vårdbehov kan förändras mycket snabbt. En avdelning med snabba växlingar i vårdtyngd ställer stora krav på att smidigt kunna anpassa personalstyrkans storlek till den aktuella arbetssituationen. Är bemanningen otillräcklig innebär det oftast arbete på övertid/fyllnadstid eller timtjänstgöring. Under perioder med låg vårdtyngd uppstår en överkapacitet i personal i förhållande till arbetsuppgifter. Pågår detta under en längre tid upplevs det som otillfredsställande och till och med som stress av personalen.

Mål

Trots en relativt god arbetsmiljö var målet att ytterligare förbättra arbetsmiljön. För det krävdes ett brett spektrum av åtgärder - de arbetsförbättrande åtgärderna kom att variera från avdelning till avdelning.

När det gällde IVA skulle arbetsbelastningen bli jämnare och kontinuiteten i arbetet skulle öka. Personalen skulle få mer

allsidiga arbetsuppgifter på operations- och anestesiavdelningarna. Den psykiska påfrestningen till följd av arbete med svårt sjuka patienter och kontakt med oroliga anhöriga, skulle minska. Yrkestryggheten, främst avseende det tekniska området, etiska problem och möjligheten till krisbearbetning skulle stärkas. Incitament till vidareutveckling skulle skapas liksom motivationsskapande åtgärder. Behovet av rehabiliteringsinsatser skulle bibehållas på en låg nivå. Risken för arbetsskador på grund av tunga lyft skulle minskas.
Och så här formulerades målen mer konkret:
-Sjukfrånvaron på kliniken ska minskas från 11,1 till 7 dagar per anställd och år.
- Av dessa ska korttidsfrånvaron minska från 4 till 3 dagar per anställd och år.
- Långtidssjukfrånvaron ska minska från 7 till 4 dagar per anställd och år.
- Personalomsättningen på kliniken ska minska från 3% till 2%.
- Antalet arbetsskador på kliniken ska minska från 4 anmälda till 2.
- Produktiviteten ska höjas motsvarande 1825 persondagar.

Genomförande
Ett studiebesök på Intensivvårdsavdelningen vid Ljungby lasarett vintern -92 visade en intressant organisationsmodell som bl.a. innebar ett flextidssystem med en timbank som gav arbetslaget möjlighet att själva anpassa personalstyrkan. Vid låg arbetsbelastning ska personalen uppmuntras att ta ledigt del av dag eller hel dag. Den lediga tiden sätts in då in på en timbank, som sedan används vid hög arbetsbelastning. Den som har minst tid insatt på timbanken erbjuds först att gå hem, den med mest innestående tid erbjuds att först arbeta tillbaka.
Återbetalningen är 75% av den insatta tiden. Samtidigt utgår en ersättning per timme för återbetald tid, en "morot" för att personalen ska välja flextid. Under våren 1992 återgäldades besöket med personal från Ljungby lasarett, där de presenterade sin arbetsmodell för intensivvårdsavdelningens personal. idén att prova arbetsmodellen som ett projekt växte fram.
Ett arbetsplatsprogram skrevs under våren -92 och en ansökan lämnades till Arbetslivsfonden.
I september samma år informerades personalen att fonden beviljat ansökan och att förberedelser för projektet kunde påbörjas. Definitivt beslut om projektet skulle fattas under hösten i personalnämnden.
En projektgrupp bildades i oktober -92 och den följde sedan med genom hela projektet. I gruppen ingick avdelningsföreståndare, klinikföreståndare, personalsekreterare, lokala fackliga företrädare för SKAF/SHSTF, ekonomisekreterare, sjuksköterska och undersköterska på intensivvårdsavdelningen och projektledare. Med facklig medverkan kunde MBL-förhandlingar ske i gruppen. Gruppen träffades var 14:e dag under förberedelserna.
För att administrera projektet anställdes en projektledare med mångårig yrkesvana från intensivvården som ett par år arbetat på en annan avdelning på lasarettet.

I förberedelserna ingick:
En attitydundersökning inför projektet, utförd av Landstingshälsan. Ett grundschema med 40/30-tid som arbetades fram. Personalen indelades i grupper som i stort sett motsvarade arbetslagen vid helgtjänstgöring med dag- och nattpersonal var för sig.
Tid avsattes för grupperna att diskutera grundschemat och att göra personliga scheman. För att samordna schemafrågorna (tillsammans med schemaläggare och avd.förest.) utsågs en sjuksköterska och en undersköterska från varje bemanningssgrupp samt från natten. Gruppen träffades några gånger. Arbetet i bemanningsgrupperna resulterade i några personliga scheman för undersköterskor och sjuksköterskor. Undersköterskor bytte hela arbetspass med varandra för att uppnå förbättringar. Sjuksköterskorna upplevde dagturerna som viktiga att påverka och kortade ner sina förmiddagsskift och förlängde kvällsturen.
I förberedelsearbetet ingick vidare:

- Att ta fram listor för timbanken(TB) som skulle föras manuellt till en början.
- Att arbeta fram regler och kortfattad information om de olika begreppen i timbankssystemet.
- Att en minimibemanning bestämdes.

I månadsskiftet november/december hölls en startkonferens för all personal, för att bland annat diskutera utformningen av reglerna runt timbanken, önskemål inom friskvård och kompetensutveckling, utformning av avdelningsmöten.
Landstingshälsan redogjorde för resultat av den genomförda attitydundersökningen

och beskrev i en föreläsning "Förändringen som process". För att hålla i friskvården på avdelningen utbildades två undersköterskor till friskvårdsinformatörer. Tillsammans med projektledare och personalfriskvårdare på Landstingshälsan gjorde de sedan planeringen.
Arbetet efter nya scheman och flextid med timbank började januari 1993. Ett hot om nedläggning vilade över projektet under inledningen. Vid förhandlingarna i personalnämnden om nivån för timbankersättning och eventuell differentiering av denna mellan sjuksköterskor och undersköterskor, kunde de fackliga ombudsmännen och arbetsgivaren inte enas. I mars fann man en lösning och projektet fick fortsätta, som planerat. Resultatet blev en differentierad ersättning.
I anslutning till starten blev det en arbetstopp. Möjligheten att gå hem och "sätta in tiden på timbank" blev begränsad. Timbanken kunde inte täcka den personalförstärkning som behövdes och övertid/fyllnadstid och timtjänstgöring fick användas. När tillfällen kom att sätta in tid, togs de till vara. En timbank började byggas upp.

Från april var det perioder med låg vårdtyngd på avdelningen. Då kunde timbanken fylla på sina timmar. Möjlighet att arbeta tillbaka tid har funnits, främst vid planerad frånvaro eller akut sjukdom.

Friskvården planerade för våren:
Hälsoprofiler, utbildning av ledare i vattengymnastik, en vattengymnastikgrupp, föreläsningar och introduktion av sekvensträningen på Landstingshälsan.

Kompetensutvecklingen kom igång senare. Under våren arbetades en målformulering fram och en grupp som skulle svara för planeringen bildades. I gruppen ingick läkare, sjuksköterskor och undersköterskor från IVA - två från varje yrkesgrupp.
Ett tema blev grunden till höstens utformning. Ämnet delades in i undergrupper. Alla i personalgruppen fick välja den undergrupp som kändes mest stimulerande att arbeta inom. För att kunna arbeta i de olika grupperna och vara närvarade vid avdelningsmöten, användes studietid.
En gång i månaden höll personalgruppen avdelningsmöte som omfattade ca tre timmar varje gång och hölls vid två olika tillfällen för att så många som möjligt skulle kunna närvara. På avdelningsmötet togs frågor upp som rörde avdelningen och projektet.
En informationspärm med material om projektet togs fram.

Resultat

Genom att arbetstiderna ändrades förändrades även överlappningstiden, som uppstår vid skiftet av personal från förmiddags- till eftermiddagspass. Med senare avlösning på dagen har planeringen och kontinuiteten i arbetet blivit bättre. Tidigare skulle många arbetsuppgifter vara klara till 13.30 när kvällspasset fick rapport. Med den nya rapporttiden 16.30 - förkortad från fyra timmar till en halv - kunde vissa arbetsuppgifter flyttas till eftermiddagen och tiden att lära känna patienterna blev mer sammanhängande.
För sjuksköterskornas del innebar förändringen att de nu kunde delta i både förmiddagens och eftermiddagens ronder. Detta upplevdes positivt, eftersom de fick en uppföljning av förmiddagens diskussion och planering. Detsamma gäller undersköterskorna som arbetar deltid och som nu får del av den gemensamma rapporten. På så sätt fick de bättre information om patienterna och deras tillstånd.
Den minskade överlappningstiden och den ökade kontinuiteten beskrevs av personalen som att de nu fått en lugnare avdelning och lägre ljudnivå.
"Det cirkulerar inte så mycket folk här nu. Deltidsarbetarna, som förut började och slutade på olika tider, arbetar nu hela dagar, vilket också bidragit till att jämna ut "stöket", säger en av sjuksköterskorna på IVA.
Timbanken har använts flitigt, mycket tid har satts in och många har nått upp till sina timbankstak. Tid har också runnit över i den sk slabbpotten.
Timbanken har lett till man nu använder personalen mer effektivt men den har även kunnat användas för att täcka vakanser under semestrar vilket har inneburit minskat vikariebehov, främst för sjuksköterskorna.
På intensivvårdsavdelningen är de reella minskningen av sjukfrånvaron 25% efter införandet av timbanken vilket skall jämföras med att det i ansökan till Arbetslivsfonden var uppsatt ett mål att minska sjukfrånvaron på hela sjukhuset med 37%. 1993 var sjukfrånvaron per anställd

på intensivvårdsavdelningen fördelad på följande sätt:

	Totalt antal dagar	1-14 dagar	15-90 dagar	> 91 dagar
1991	15,89	------	------	------
1993	11,89	3,73	4,23	3,92

Värdering

Ett mycket ambitiöst arbetsplatsprogram ligger bakom förändringsarbetet. De berörda har arbetat systematiskt med startkonferens, olika bemanningsgrupper, schemagrupp, friskvård och kompetensutveckling. Hela tiden har strävan varit att fördela ansvar och inflytande och se till att alla personalkategorier engageras.
Exempel saknas inte på att det uppstått en del problem på vägen, större och mindre. Man har bla annat haft diskussioner om hur timbanken skall fungera mest rättvist, osv. Genomgående är dock att man hittat lösningar genom att låta personalen ta eget ansvar. I början uppstod t.ex. problem vid några tillfällen med planerad återbetalning av tid. Dag och arbetspass var uppgjort, men arbetssituationen på avdelningen var sådan att man kunde klara sig med lägre bemanning. En riktlinje fanns från början: Om någon var inne för att arbeta tillbaka tid, skulle den som var inne med timbanksersättning först gå hem. Den som då hade ordnat med att arbeta, ansåg det inte för självklart att gå hem igen. Genom diskussion löstes detta enligt regeln: Den som är inne och arbetar tillbaka tid erbjuds först att gå hem. Finns inget intresse går erbjudandet vidare till någon annan i personalgruppen.

Kvaliteten gentemot patienterna har enligt personalen förbättras påtagligt genom förändringar som t.ex. att deltidsarbetande undersköterskor nu får bättre information; rapporteringen, som tidigare gjordes under stor tidspress i samband med medicinutdelningen, sker nu utan tidspress vilket ökat säkerheten vid medicinering; sjuksköterskornas möjlighet till uppföljning av förmiddagens arbete tack vare två ronder, har höjt kvaliteten på arbetet.
Förutom samhällsbesparingar som blir följden av organisationsförändringen, kan man också säga att livskvaliteten för personalen höjts genom den nya schemaläggningen. Bättre möjligheter till familjeliv och kortare tid för barnomsorg utanför hemmet blev några av resultaten.

ISSN 1104-6449 **Mars 1995**