

Ökad reflektion i den kliniska vardagen - möjligheter med gaffelmottagning på onkologen

Pedagogiskt projektarbete

Charlotte Alverbratt

ST-läkare i onkologi

Jubileumskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ledarskaps-ST med pedagogisk inriktning

Handledare:

Mats Wahlqvist

Catharina Tennerhed

Introduktion

Pedagogisk Ledarskaps ST

Hösten 2016 startade den andra omgången pedagogisk ledarskaps-ST där jag, tillsammans med 7 andra ST-läkare från Västra Götalandsregionen, har fått möjlighet att delta. Under 2,5 år med en omfattning på 20 % av arbetstiden har vi fått möjlighet att utvecklas inom de tre huvudområden som utbildningsprogrammet fokuserar på; pedagogik, ledarskap och förbättringskunskap. Programmet har bestått av ett varierande arbete, både individuellt och i grupp, med återkommande gruppträffar och deltagande i ett flertal kurser och aktiviteter. Bl.a. ingick kurser i ledarskap med koncept från försvarshögskolan; UGL och UL och studier vid Göteborgs Universitet med kursen Högskolepedagogik, HPE 101, via institutionen Pedagogisk utveckling och interaktivt lärande, PIL. Fördjupning inom förbättringskunskap skedde bl.a. genom kursdeltagande på Centre for Healthcare Improvement, Chalmers tekniska högskola, och ett synkront genomförande av ett konkret förbättringsarbete. Mitt deltagande i programmet har bl.a. inneburit personlig utveckling, praktiska erfarenheter och lärdomar i gruppdynamik och gruppsykologi, teoretiska kunskaper inom pedagogiska modeller och erfarenheter och insikter kring mitt eget ledarskap. För mig har detta, tillsammans med mycket annat, hjälpt mig att utvecklas mot målet att bli en pedagogisk ledare.

Allt eftersom programmet fortlöpt har det varit naturligt att knyta an mina nya erfarenheter och kunskaper till min egen klinik, Jubileumskliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det har blivit tydligt för mig vilka delar inom dessa fält som fungerar bra och mindre bra på onkologen. Det pedagogiska projektarbetet som avslutar utbildningsprogrammet ska syfta till att utveckla den pedagogiska verksamheten på hemkliniken. Denna slutrapport kommer att fokusera på ett område som jag blivit mycket engagerad i där det finns en tydlig förbättringspotential på vår klinik, nämligen reflektion i den kliniska vardagen. Jag kommer att beskriva den tydliga koppling till både lärandemiljö och arbetsmiljö som reflektion har samt redogöra för ett försök med ett nytt mottagningskoncept, gaffelmottagning, för öppenvårdsverksamheten där reflektion har en central plats.

Bakgrund

Läkarbemanningen på onkologen

Onkologkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset är en av landets största. Under flera år har läkarbemanningen varit klart lägre än inom onkologi i andra delar av Sverige. En

kartläggning av Svensk onkologisk förening 2013 visade att specialisterna i Västra Götalandsregionen, VGR, hade störst arbetsbelastning i landet (1). Året därpå, 2014, gav Hälso- och sjukvårdsdirektören regionalt cancercentrum väst, RRC Väst, i uppdrag att utreda nuvarande verksamhet inom medicinsk onkologi i VGR samt dess framtida behov. Denna resulterade bl.a. i ökade medel för att utöka antalet ST-tjänster i regionen från 4 per år till 10 per år under åren 2015-2018. Detta positiva utfall har lett till betydligt fler ST-läkare på onkologikliniken, samtidigt har dock få nya specialistläkare tillkommit. Tyvärr har också flera specialistläkare slutat, några p.g.a. hög arbetsbelastning (2). ST-läkarna är nu den största läkarsektionen på kliniken och utgör halva läkargruppen med 35 st av totalt 70 läkare.

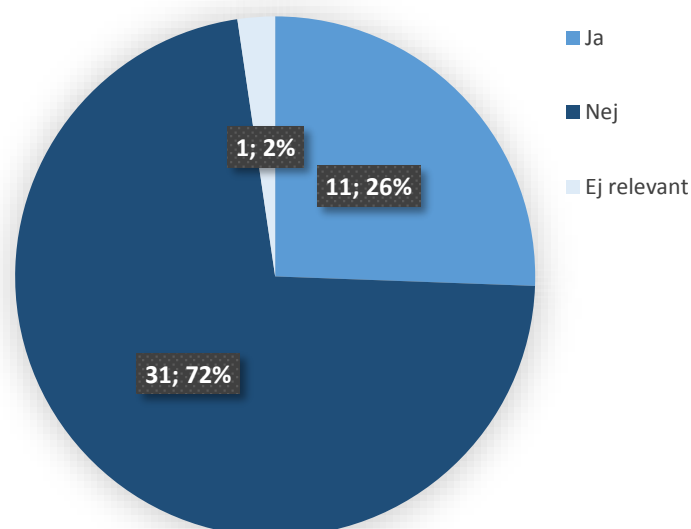
På onkologen vårdar vi patienter i både slutenvård och öppenvård. Tidigare har ST-läkare främst varit placerade inom slutenvården med fokus på avdelningsarbete. Som specialistläkare inom onkologi står dock öppenvårdsverksamheten med mottagningsarbete för den övervägande delen av arbetet. Här baseras mycket av arbetet på att onkologen arbetar självständigt och tar beslut under tiden hen träffar patienten. I och med att vi nu är fler ST-läkare och förhållandevis färre specialistläkare har andelen mottagningsverksamhet för ST-läkare ökat markant. Vi rustas därför bättre inför arbetet som specialistläkare i onkologi, samtidigt har denna relativt snabba förändring medfört en del utmaningar för att upprätthålla en god lärandemiljö. För att ST-läkaren ska kunna fortbildas på vägen till specialistläkare, handlägga patienterna korrekt med bibehållen patientsäkerhet samt känna sig trygg i sin yrkesroll, krävs en mottagningsverksamhet som möjliggör handledning och reflektion. Inte minst är det viktigt att en tydlig progressionsbedömning görs för ST-läkaren under mottagningsverksamhet för att fortlöpande tillgodose rätt svårighetsgrad och lagom utmaning (3). Specialistläkarna, som ofta har handledaransvaret för läkarna med utbildningstjänst, har alltså en pressad arbetsmiljö med fortsatt stort kliniskt ansvar. För tillfället saknas det en struktur för hur handledningen ska organiseras inom mottagningsverksamheten och ofta behöver ST-läkare störa en specialistläkare som är mitt uppe i patientsamtal. Den pedagogiska utmaningen består nu i att säkra att den kliniska handledningen i öppenvården för ST-läkare sker på ett pedagogiskt och organiserat vis, samtidigt som specialistläkarna måste få tid och förutsättningar till att utföra sitt handledaruppdrag utan att inkräkta ännu mer på den redan pressade arbetsmiljön.

Reflektion och arbetsmiljö

Definitionen av reflektion är återkastning eller återspeglning och som betydelse återfinns även eftersinnande tanke. Ordet reflektion kommer från det latinska ordet ”reflectere” som betyder böja eller vända bakåt, åter (4). Reflektion i arbetet har visat sig vara viktigt för kliniskt aktiva läkare som verkar i komplexa sjukvårdssystem med svåra patientfall. Det verkar vara särskilt viktigt om läkaren arbetar i en stressig arbetsmiljö där höga krav på professionalitet och empati ställs (5). Många läkare på onkologen skulle med stor sannolikhet känna igen sig i den beskrivningen. Vardagen för en onkolog är präglad av viktiga och stundtals svåra samtal och stora beslut. Besluten och det som känns rätt för patienten i konsultationen kan ibland krocka med verksamhetens mål och krav på produktivitet. Det kan då uppstå konflikter med de egna värderingarna och synen på vad som är bäst för patienten. Detta kallas för samvetsstress eller etisk stress och är något som talas allt mer om bland sjukvårdspersonal idag. Krocken mellan verksamhetens krav på produktivitet, administration och effektivitet och den egna inre kompassen om vad som är viktigt är tärande och tros orsaka allt fler sjukskrivningar för läkare, inte minst inom onkologin (6). Att reflektera och prata med varandra kring svåra beslut kan vara ett sätt att minska den etiska stressen många inom vården upplever (7). Evidens för att reflektion förbättrar vården för patienten saknas, dock ter det sig rimligt att anta att så är fallet då det är visat att vårdprocessen kan påverkas (8). Arbetsmiljön på onkologen utvärderas kontinuerligt på kliniken. Som tidigare nämnts har flera specialistläkare lämnat kliniken p.g.a. för hög arbetsbelastning (2). Våren 2017 genomfördes därför en akut arbetsmiljöromd för läkargruppen för att kartlägga om det fanns några specifika arbetsmiljöproblem. Samma år genomfördes den årliga medarbetarenkäten. En fråga som rör utrymme för reflektion och eftertanke återkom i bägge dessa enkäter och redovisas nedan.

Figur 1. Arbetsmiljöenkät läkargruppen våren 2017, svarsfrekvens 75 %.

”Finns det utrymme för reflektion och eftertanke under arbetstid? (T.ex. pauser, handledning, reflektionsgrupper, spegling, debriefing vid behov)”



Figur 2. Medarbetarenkät läkargruppen hösten 2017. Svar redovisas sektionsvis 77-85 %, specialistläkare team 2 redovisas ej p.g.a. för få svarande.

”Jag har tid för eftertanke och reflektion i mitt arbete”



Vi kan konstatera att många läkare upplever en stor brist på reflektion, särskilt tydligt är detta för specialistläkare. Denna fråga var en av de som fick sämst utfall i båda enkäterna vilket fick mig att intressera mig mer för detta område. Jag samlade därför en fokusgrupp på kliniken för en brainstorming kring varför vi inte reflekterar mer och där framkom tydligt att bristen på tid och utrymme för att göra detta saknas. Många ansåg att den kliniska vardagen på onkologen är präglad av ”produktion” av vård och har ett högt tempo. Det finns ingen ”luft i systemet” där reflektion kunnat uppstå naturligt och mycket resurser emellan patientmöten går åt till att samordna praktiska problem, t.ex. att försöka ordna en vårdplats.

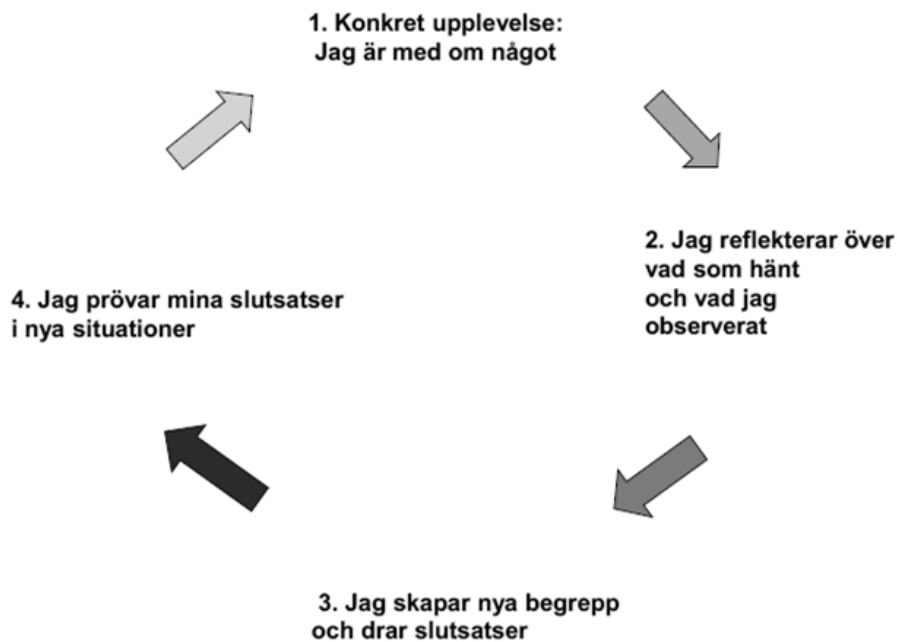
Att ge tid för reflektion under arbetstid har visat sig påverka arbetsmiljön positivt (9). Bristen på tid för reflektion kan starkt bidra till den upplevt försämrade arbetsmiljön. Därför kändes det som ett spännande ämne att fördjupa mig i under mitt pedagogiska projektarbete. Enligt teorier i förbättringskunskap är det också klokt att börja med att angripa de större orsakerna till ett problem först för att ha störst möjlighet till en hållbar förändring (10).

Reflektion och lärande

Reflektion är en av grundpelarna inom pedagogik och lärande och särskilt viktig inom erfarenhetsbaserat lärande. David Kolb utvecklade 1984 en teori för att beskriva upplevelsebaserat lärande, Kolbs lärcykel. Den beskriver hur en konkret upplevelse som följs av reflektion leder till en djupare förståelse och kunskap av den konkreta erfarenheten. Via dessa steg kan individen senare pröva sin nya kunskap i en ny situation och agera på ett sätt

präglat av den konkreta erfarenheten (11). Erfarenhetsbaserat lärande är den typ av lärande som dominerar hos yrkesverksamma (12).

Figur 3. Kolbs lärcykel.



Reflektion är inte bara viktig för den yrkesverksamma i sin roll som läkare, utan även i rollen som handledare och lärare. Genom att reflektera kring konkreta erfarenheter enligt Kolbs cirkel ökar möjligheten att utvecklas till en reflekterande praktiker vilket gör oss bättre rustade att möta likartade situationer nästa gång (13). Höskoleförordningen har också definierat ett mål för läkarutbildningen som består av god självkänedom. För att bibehålla och utveckla god självkänedom är reflektion, gärna tillsammans med andra, ett viktigt verktyg som främjar den personliga och professionella utvecklingen (14). Detta kan tyckas särskilt viktigt för oss som läkare inom onkologi där svåra samtal, och ofta starka känslor är en del av den kliniska vardagen.

En lärandeteori som speglar hur lärandet ser ut för kliniskt aktiva läkare under utbildningstjänstgöring är den konstruktivistiska. Detta synsätt inom pedagogiken innebär att kunskap konstrueras av och inom individen utifrån hans egna erfarenheter. Genom reflektion kring upplevelser och beteenden runt omkring oss skapas förklaringar till det vi varit med om och befästs som en inre kunskap. Människan har behov av förklaringar till yttre handlingar och beteenden och genom våra dessa inre processer skapar vi mening, struktur och förståelse. Det är interaktionen med omvärlden och andra människor som väcker tankar och känslor hos

varje individ men det är individen själv som tolkar dessa intryck och därefter befäster det som kunskap. (15)

På senare tid har också det sociokulturella perspektivet på lärande visat sig betydelsefullt för läkare under utbildning. Denna lärandeteori grundas på att det också krävs interaktion med andra för att lära, förstå och se större sammanhang. Reflektionen tillsammans med andra hjälper till att skapa förståelse för hur vår omgivning och vår kulturella kontext har påverkat vårt tänkande och agerande. Detta speglar också väl lärandet inom läkaryrket där dagliga möten med människor hela tiden bidrar till nya unika upplevelser. För att skapa förståelse och lärdom kring dessa nya situationer har reflektion och interaktion med andra en central del. Man menar här alltså att man i samverkan kan lära mer än man kan göra ensam, att lärandet äger rum i en social praktik. (16)

Syfte

Syftet med denna rapport är som beskrivits ovan att belysa hur ökad reflektion i den kliniska vardagen kan förbättra lärandemiljön och arbetsmiljön för läkargruppen. Jag vill också konkret visa hur mer tid för reflektion skulle kunna implementeras på vår klinik genom att redovisa ett försök med ett nytt upplägg för mottagningsverksamhet för ST-läkare, gaffelmottagning.

Metod

Under arbetet med fokusgruppen på kliniken blev det tydligt att utrymme för reflektion behöver skapas. Ett sätt att göra detta är genom schemaläggning och jag tog därför kontakt med Fredrik Walentin, överläkare i neurologi och f.d. studierektor på Örebro Universitetssjukhus. Han hade under onkologens utvecklingsdagar i mars 2017 föreläst om klinisk handledning och berättat om hur han, tillsammans med sin handledare, för ett antal år sedan skapade en modell för mottagningsverksamhet för ST-läkare. Jag fick mer information om konceptet som de kallade för gaffelmottagning och bestämde mig för att detta skulle passa väl in på våra behov på kliniken.

Ordet gaffelmottagning kom sig av modellen att patientmöte och reflektion avlöser varandra likt taggarna på en gaffel med luft emellan sig. Grovt sett går modellen ut på att flera ST-läkare har parallell mottagning på egna rum där patienterna kommer in med tidsförskjutning. När den första ST-läkaren är färdig med sin patient kan hen gå in i ett annat rum där specialistläkaren sitter i sin roll som handledare, utan bokade patienter. När ST-läkare 1 har

fått reflektera kring det upplevda patientmötet och fått klinisk relevant handledning kring fallet kommer nästa ST-läkare in som då precis har avslutat sin patient.

Figur 4. Schematisk bild över gaffelmottagning



Gaffelmottagning ger alltså tid för handledning, eftertanke och reflektion i direkt anslutning till varje patientmöte. Teoretiskt bör ett införande av detta koncept i mottagningsverksamheten gynna ett ökad lärande enligt de pedagogiska modeller som beskrivits ovan. Konceptet är enligt Fredrik också vanligt internationellt, och upplevs även ha bidragit till en betydligt högre effektivitet på mottagningsverksamheten. (17)

För att undersöka om konceptet gaffelmottagning fungerar i vår verksamhet och om syftet med ökad reflektion uppnås valde jag att gå vidare med en försöksomgång med gaffelmottagning på onkologmottagningen på Östra Sjukhuset. Under maj och juni månad 2018 genomfördes totalt 9 heldagar med gaffelmottagning. Besöken gällde både nybesök och återbesök. I de fallen det gällde återbesök framgick det på kallelsen till patienten att hen skulle få träffa en ST-läkare men att patientens PAL, patientansvarig läkare, är på plats. Sjuksköterskorna som bokade patienterna för återbesök förklarade också muntligt varför patienten skulle träffa en annan läkare än sin PAL. Totalt berördes 4 specialistläkare och 6 ST-läkare och samtliga undersköterskor och sjuksköterskor i tjänst, 10 st. Förberedelserna för deltagarna bestod i muntlig och skriftlig information från mig, samt ett utskick med reflektionsfrågor att vid behov utgå ifrån under handledningstiden. Utvärdering skedde efter hela försöksperioden genom individuell utvärdering i enkätform. Enkäterna såg olika ut beroende på yrkeskategori, ST-läkare, specialistläkare och undersköterskor/sjuksköterskor.

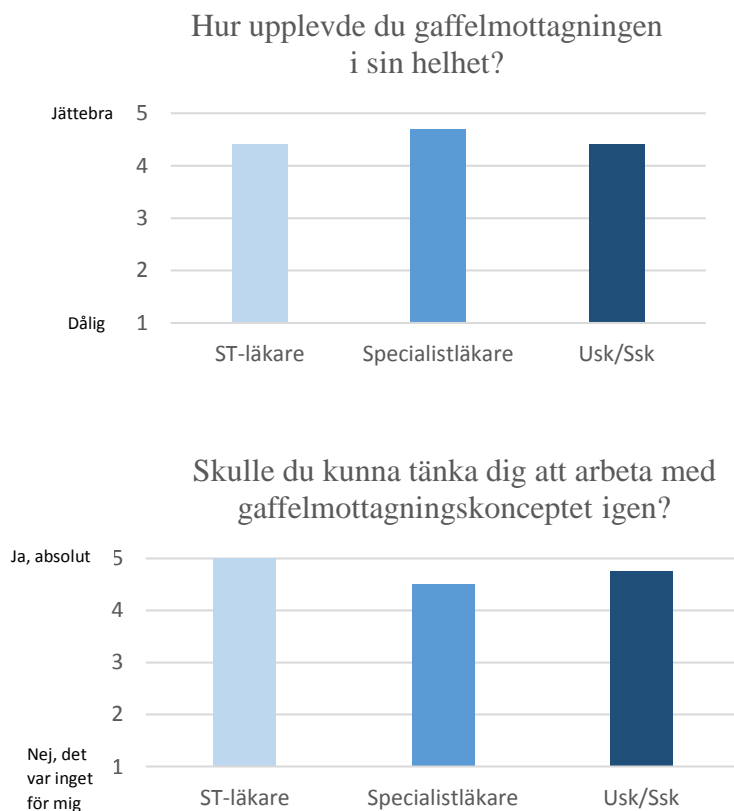
Resultat

Enkäterna bestod av 7-8 frågor som för ST-läkare och specialistläkare bl.a. berörde övergripande upplevelse kring gaffelmottagning, andel reflektion jmf med ”vanlig mottagningsdag”, egen insats kring andelen reflektion, mental känsla efter en dag med gaffelmottagning. Undersköterskor och sjuksköterskor fick också svara på sin övergripande

upplevelse av gaffelmottagning men i deras enkät ingick även frågor kring logistik under gaffelmottagning, hur det gick att boka patienterna, hur de upplevde att ge information till patienterna om gaffelmottagning samt hur tillgängligheten till onkolog var. Frågorna i enkäterna besvarades med en siffra, 1 (sämst resultat) till 5 (bäst resultat) där 3 var neutralt. Enkätsvaren analyserades av mig efter genomförd pilotomgång.

100 % svarsfrekvens på utvärderingen av specialistläkare (4 av 4), 83 % av ST-läkare (5 av 6) samt 80 % av sjuksköterskor och undersköterskor (8 av 10). Vid analys av utvärderingarna finner vi övervägande positiv respons. Samtliga svarande uppgav att de upplevde konceptet gaffelmottagning positivt och alla skulle kunna tänka sig att arbeta på detta vis igen.

Figur 5 och 6. Resultat av två frågor för samtliga deltagande personalkategorier.



ST-läkare och specialistläkare

För läkardeltagarna berörde ett par frågor mängden reflektion och dessa utföll också med positiva svar för båda grupperna. Detta tyder på att när tid avsätts så ökar incitamentet till

eftertanke och tröskeln för reflektion minskar. När specialistläkarna jämförde en dag med gaffelmottagning men en vanlig mottagningsdag upplevde de arbetsbelastningen mer rimlig och de kände sig mentalt lättare i sinnet när dagen var slut. De flesta uppgav att de hunnit handleda med bättre kvalitet och med större inslag av reflektion. ST-läkarna upplevde en tydligt ökad tillgänglighet till handledning och att de även hade en större medicinsk kunskapsinhämtning under gaffelmottagningen. Frågan gällande mental känsla när arbetsdagen var slut svarade även ST-läkarna på och här visade resultatet sig ligga ungefär på samma nivå som en vanlig dag med mottagning, alltså neutrala svar. Detta förvånade mig lite, trots att man upplevde att reflektion och eftertanke ökade verkar det inte ha påverkat deras psykiska mående vid dagens slut.

Sjuksköterskor och Undersköterskor

Det som utmärkte sig mest i denna grupp var att de upplevde mindre stress i arbetsmiljön och lättare att få handledning av en onkolog. Det som sågs som en utmaning med gaffelmottagningen var att informera patienterna om att de inte skulle få träffa sin PAL vid nästa mottagningsbesök. Här angavs i fritext att några patienter som följts av sin PAL länge upplevde det konstigt att de inte skulle få träffa hen vid nästa besök och kändes besvikna. Vid ytterligare förfrågan i fritextsvar visade sig dock förväntningarna och farhågorna kring detta vara mer problematiska än vid det faktiska mötet. Alla patienter hade upplevts nöjda när de väl träffat ST-läkaren enligt sjuksköterskorna.

Diskussion

Kommentarer om metoden

I detta projekt var upplägget att ST-läkarna träffade en patient per timme under en hel mottagningsdag. Tre patienter på förmiddagen och tre patienter på eftermiddagen. Två ST-läkare var igång och en specialistläkare var helt frikopplad. Detta var främst beroende på praktiska hinder, det fanns bara två mottagningsrum att tillgå. Specialistläkaren fanns tillgänglig för ST-läkarna hela tiden i ett separat rum och kunde också svara direkt på sjuksköterskornas frågor som dök upp under arbetspasset. På detta vis skedde 12 patientmöten med läkare under en arbetsdag på tre läkartjänster. Utöver detta handlades samtliga akuta ärenden på behandlingsmottagningen. Vid utvärderingen framkom tyvärr att mottagningspassen inte alltid varit fullbokade, även om vi försökte jobba för detta. Dock framkom också mycket luft i systemet vid utvärderingen så det ter sig helt rimligt med en

arbetsbelastning med en patient per timme vid gaffelmottagning. Specialistläkaren skulle potentiellt kunna handla tre ST-läkare enligt modellen för gaffelmottagning ovan, se bild 3. Detta betyder 18 patientmöten på fyra läkartjänster under en arbetsdag, alltså 4,5 patientmöten per läkare och dag. Vid en grov inventering av öppenvårdsverksamheten på Östra verkar det relativt vanligt att en specialistläkare träffar 6-8 patienter på ett mottagningspass, en halv dag. Det är sällan som heldagsmottagning förekommer. ST-läkare träffar i snitt tre patienter per mottagningspass och har också sällan heldagsmottagning. Jämförelsevis omhändertas alltså 18 patienter under en dag med gaffelmottagning mot ca 17 en vanlig mottagningsdag. Förvisso arbetar vi med heldagsmottagning med gaffelkonceptet men då måste vi komma ihåg att specialistläkaren har god tid för administration under denna dag emellan handledningstillfällena. ST-läkarna får handledning, återkoppling och tid för reflektion samt administration i direkt anslutning till varje patientmöte under dagen. När dagen är avslutad bör således inget mer arbete återstå utan det är bara att byta om och gå hem. Och det primära och viktigaste av allt, tid för reflektion över komplexa frågeställningar ökar markant. Det i sig leder till ett ökat lärande, vilket visar på att konceptet med gaffelmottagning ger stora vinster på flera plan. Vi skapar utrymme för självständigt arbete med trygghet, handledning, feedback, närhet och reflektion.

Arbetsmiljön är minst lika viktig att förbättra som det är att bibehålla eller öka ”produktionen” i verksamheten. I slutändan har vi ju sett hur den pressade arbetsmiljön får allt fler att söka sig till andra arbeten. För att bryta den onda cirkeln så tror jag att man måste våga satsa på att tillvarata resurser och kompetens som finns på kliniken och göra det bästa av situationen. Min personliga åsikt är att det är omöjligt att fortsätta på den inslagna banan, då kommer inte bara specialistläkare att fortsätta sluta utan även ST-läkare som upplever brist på stöd och handledning i mottagningsverksamheten att fly onkologen. Detta bör ses som en investering för att öka möjligheterna till att närma oss utredningens rekommendation om 83 onkologer i VGR om några år.

Kommentarer om resultatet

Samtliga personalkategorier var positiva till gaffelmottagning. Utifrån denna pilotomgång är det tydligt att utrymmet för reflektion den kliniska vardagen ökar med detta arbetssätt jämfört med nuvarande mottagningsschema, både för ST-läkare och specialistläkare. Arbetssättet gynnar även lärandemiljön för undersköterskor och sjuksköterskor som också arbetar mycket självständigt och har behov av direkt återkoppling och handledning under sina arbetspass. Det

är också tydligt i utvärderingen av detta småskaliga försök att arbetsmiljön är klart förbättrad, i synnerhet för specialistläkarna. På vår klinik är det mer än önskvärt att förbättra just denna personalkategori arbetsmiljö eftersom vi haft så stort manfall inom denna yrkesgrupp. Effektiviteten ökar också genom att vi tillvaratar kompetens och resurser på bästa vis, vilket också ter sig attraktivt under rådande bemanningssituation. Med gaffelmottagning blir synergieffekterna stora, specialisterna får mer luft i systemet i sin pressade arbetsmiljö och naturliga tillfällen för reflektion, samtidigt som ST-läkarna får direkt återkoppling, handledning och möjlighet till reflektion i direkt samband med patientmötet. Möjlighet finns också att under själva patientmötet få hjälp med den kliniska ögonblicksbilden av en erfaren kollega vilket främjar den kliniska lärandemiljön enormt och samtidigt bidrar till en ökad patientsäkerhet. Konsultationer i onkologisk vård är komplexa och rymmer också etiska och existentiella frågor och för att kunna göra en korrekt bedömning som läkare krävs ofta erfarenhet. Ett ökat erfarenhetsbaserat lärande skapas här genom direkt reflektion och återkoppling tillsammans med senior kollega där individen kan ta flera varv i Kolbs lärcirkel under ett och samma mottagningspass. Konsultationstekniken och samtalet med patienten är tillsammans med den kliniska undersökningen central och dessa färdigheter lär vi oss och utvecklar under hela vår läkarkarriär. Genom att reflektera kring uppkomna frågor eller känslor i den kliniska vardagen i anslutning till patientmötet främjar vi kunnandet och medför professionell och personlig utveckling (18).

En annan aspekt som framkom under resultatet och nämnts som ett hinder för gaffelmottagning på onkologen är att vi arbetar och värnar PAL-systemet med en patientansvarig läkare. Detta har patienterna vant sig vid och det framkom i resultatet av pilotomgången med gaffelmottagning att flera patienter hade sett det som ett orosmoment att få träffa en ny doktor. Samtliga var dock nöjda när de väl träffat ST-läkaren och förstått att deras PAL var på plats och delaktiga i beslutet. Det är inte oväntat att patienterna reagerade initialt när de fick information om ny doktor. I och med att vi har patienter som går hos oss under många år skapar vi kontinuitet för både patienter och läkare genom att i möjligaste mån träffa samma läkare under hela resans gång. Detta är ju en fantastisk möjlighet för alla inblandade och bidrar på många vis till en både patientnära och patientsäker vård. Just nu är situationen gällande tillgänglighet för läkarbesök svår, det upplevs bl.a. svårt att finna tider för återbesök till PAL. Besöken skjuts allt längre framåt och ibland ersätts möten med telefontider eller tid till kontaktsjuksköterska. Detta behöver inte vara fel, men ofta finns en tanke med att försöka träffa patienter med ett visst intervall, olika beroende på vilken fas i

sjukdomen de befinner sig i. Många av patienterna är mycket sjuka och har ibland behov av en extra läkartid emellan bokade tider. Detta är i princip omöjligt att lösa idag utan att specialistläkaren får ta extra bokningar utöver ordinarie schema, t.ex. på lunchen. I projektet försökte vi lösa detta genom att boka patienter till ST-läkare på gaffelmottagningen den dag då dess PAL var ansvarig specialistläkare. Vi nämnde detta i kallelsen så att patienten skulle känna sig trygg med att träffa en ny namngiven läkare, ST-läkaren, men att hans PAL är på plats och delaktig i alla beslut som fattas samt också kan träffa patienten vid behov. Sjuksköterskorna informerade också muntligt inför besöket. På detta vis försökte vi skapa trygghet för både patienten och den patientansvarige läkaren. Besluten togs tillsammans med PAL och ingenting riskerade att falla mellan stolarna. Dock var detta ändå ett orosmoment för en del patienter. Någon hade missuppfattat och trodde att hans PAL hade slutat på mottagningen och var mycket ledsen för detta. Samtliga patienter upplevdes dock nöjda efter sina besök vilket tyder på att farhågorna var det största problemet. Här får vi lära oss att informera tydligare, ett sätt skulle kunna vara att ge skriftlig information inför besöket. I försök som gjorts på andra kliniker har detta inte uppfattats som ett problem (19).

Konklusion

Genom denna småskaliga försöksomgång med gaffelmottagning på onkologen har jag visat på ett flertal positiva utfall; ökad reflektion (och därmed lärande), förbättrad arbetsmiljö och ett förbättrat utbildningsklimat. Tid för handledning och reflektion inom mottagningsverksamheten gynnar en utveckling till mer självständiga ST-läkare där också patientsäkerheten bibehålls och teoretiskt faktiskt bör öka jämfört med situationen idag. På detta vis ges kliniken möjlighet att rusta ST-läkarna inför sin framtida roll som specialistläkare. Arbetsmiljön för specialistläkare upplevdes påtagligt förbättrad för specialistläkare då de arbetade med gaffelmottagning. Ett genomförande av denna typ av schemaläggning skulle således potentiellt kunna leda till att vi därför får behålla fler specialistläkare på kliniken. Att arbeta på detta vis ter sig också mer effektivt, vi använder specialistläkarnas kompetens och tid som en resurs för fler patienter genom deras aktiva handledning i varje patientmöte. Det är ett nytt sätt att arbeta som självklart behöver modifieras för varje verksamhet och patienterna behöver mycket information för att kunna känna sig trygga. Med detta arbete har jag förhoppningsvis ändå visat på de övergripande vinsterna med konceptet gaffelmottagning och synergieffekterna som finns att uppnå genom ett införande av denna typ av mottagningsverksamhet.

Betydelse för framtida pedagogiskt arbete

Reflektionen ökade med konceptet gaffelmottagning och genom spridning av konceptet på kliniken tror jag att vi är på rätt spår gällande lärande- och arbetsmiljön. Självklart behöver mottagningsupplägget anpassas utefter varje team och diagnosgrupp. Det finns ofta praktiska hinder i form av antal rum, schemarader som måste täckas mm. men jag tror att det kan finnas något för alla verksamheter på onkologen att hämta ur detta koncept. Min önskan är att varje team tar vara på erfarenheterna ifrån detta pedagogiska projekt och startar upp sin egen variant av gaffelmottagning så snart som möjligt. Vinsterna är många och hindren små, det är dags att våga satsa på att arbeta smartare!

Referenser

1. Läkartidningen. 2013; 110: CPEL. Lakartidningen.se 2013-12-20. (SOF nr 5, 2013)
2. Handlingsplan för förbättrad kompetensförsörjning inom medicinsk onkologi i Västra sjukvårdsregionen. Regionalt cancercentrum väst, RCC väst.
3. ST-SPUR rapport Lipus, <https://www.lipus.se/app/uploads/2018/03/goteborg-2018.02.01.pdf>
4. Svenska Akademiens Ordlista, SAOL 14. www.svenska.se
5. Aronson L, Niehaus B, Lindow J, et al. Development and pilot testing of a reflective learning guide for medical education. Medical Teacher. 2011; 33:10, e515-e521
6. Läkartidningen. 2018;115:E7IZ. Läkartidningen.se 2018-05-24.
7. Fischer Grönlund, C. Experiences of being in ethically difficult care situations and an intervention with clinical ethics support. Diss., Umeå: Umeå universitet , 2016.
8. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. Medical Teacher. 2009; 31:8, 685-695
9. Arbetsmiljöverket Förebygg arbetsrelaterad stress (ADI 688), broschyr
10. Bergman B, Klefsjö B. Kvalitet från behov till användning. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 228.
11. Kolb DA. Experiential learning. Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall; 1984.
12. Aspegren K, Danielsen N, Edgren G. Medicinsk pedagogik. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 34-35.
13. Elmgren M, Henriksson AS. Universitetspedagogik. Lund: Studentlitteratur; 2016. p. 125-127.

14. Andersson SO, Björkegren K, Foldevi M, et al. Professionell utveckling inom läkaryrket. Stockholm: Liber; 2012. p. 179-181.
15. Elmgren M, Henriksson AS. Universitetspedagogik. Lund: Studentlitteratur; 2016. p. 35-36.
16. Säljö R. Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv. Stockholm: Prisma; 2000.
17. Personlig kontakt med Fredrik Walentin, ÖL, Fd Studierektor, Neurologi, Universitetssjukhuset Örebro
18. Andersson SO, Björkegren K, Foldevi M, et al. Professionell utveckling inom läkaryrket. Stockholm: Liber; 2012. p. 126.
19. Pedagogiskt projektarbete Att följa en patient över tid och utveckla klinisk och professionell kompetens – en strukturerad modell för handledning av ST-läkare i barnmedicin. Maria Henningsson, ST-läkare i barnmedicin, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus.