

# Sammanfattning av projektet Kartläggning av läkares administrativa arbetsmiljö

## Sammanfattning

Mellan februari och december 2020 genomförde Karolinska Universitetssjukhuset en kartläggning av läkarnas administrativa arbetsmiljö. Kartläggningen omfattade arbetsmiljön i Solna och bakgrunden var en anmälan till Arbetsmiljöverket som läkarföreningen vid Karolinska Universitetssjukhuset inlämnat. Utifrån anmälan genomförde Arbetsmiljöverket en inspektion på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och fann brister vilka Karolinska Universitetssjukhuset ålades att kartlägga samt beskriva hur man avser att åtgärda. Kartläggningen genomfördes av ex extern leverantör enligt Day In the Life Of (DILO)-metodik och totalt 101 läkare följdes under sina arbetspass, där deras arbetsmiljö dokumenterades både kvantitativt och kvalitativt.

Kartläggningen visar att läkarna ägnar strax över hälften av arbetsdagen till administration i olika former och att det är vanligt förekommande att det återstår administrativt arbete i slutet av arbetspasset. Samtidigt uppger nästan 75 % av läkarna att de upplevt bristande arbetsmiljö kopplat till de administrativa arbetsplatserna. De två vanligast förekommande anledningarna är tillgång till arbetsplatser att arbeta ostört på, samt dåligt fungerande teknisk utrustning på arbetsplatserna. Många läkare upplever också stress beroende på den administrativa arbetsmiljön under sin arbetsdag och återkommande avbrott av olika karaktär är vanligt under arbetspassen. Överläkare upplever i större utsträckning än andra stress i sitt arbete och har högst andel kvarstående efterarbete efter avslutat arbetspass och nästan samtliga läkare med chefsuppdrag har efterarbete relaterat till detta kvar efter avslutat arbetspass.

Givet den stora andelen arbetstid som läggs på att utföra administrativa arbetsuppgifter och de brister som uppmärksammas är det centralt att administrativa ytor och arbetsätt utformas för att underlätta för läkarna, men behoven varierar mellan olika schemaroller. Samtidigt är det viktigt att sjukhuset skapar nödvändiga förutsättningar för dessa mer riktade åtgärder genom att skapa tydlighet och nödvändiga strukturer. För att det kliniska arbetet ska fungera väl finns det krav och förväntan på tillgänglighet för läkarna, vilket medför ett stort antal avbrott under arbetsdagen. Detta leder till en hög tolerans för återkommande avbrott men innebär samtidigt en hög andel onödiga avbrott vilka kan motverka en fungerande arbetsmiljö för fler än den enskilda läkaren, och riskerar att bidra till läkarnas upplevelse av stress. Det uttrycks önskemål om fler rum att arbeta ostört i, men de administrativa ytorna behöver anpassas hand i hand med arbetsätt. Detta så att verksamheterna kan anpassa tillgänglighet och förväntningar på läkarna och undvika avbrott under de arbetsuppgifter som kräver ostördhet.

Hemvisterna används generellt i liten utsträckning, endast en knapp tiondel (8%) av den administrativa tiden förläggs i dessa utrymmen. Hälften av den administrativa tiden förläggs istället i de vårdintegrerade ytorna där läkarna också i regel upplever fler arbetsmiljörelaterade problem, vilket talar för ett behov av avlastning och omfördelning från de vårdintegrerade ytorna. Generellt uppger läkarna dock att hemvisterna ligger för långt bort från den kliniska verksamheten då de behöver vara närmare patienter och kollegor under en stor del av arbetsdagen i klinisk tjänst. För att läkarna ska utnyttja hemvisterna krävs sammanhängande tid för administrativt arbete (ett par timmar till en halvdag) för att läkarna på så vis skall veta att de inte behövs i det kliniska arbetet på plats på avdelning, mottagning eller operation.

## **Metod**

### **Övergripande projektupplägg och arbetsätt**

Projektet bygger på ett väldefinierat och noga förberett genomförande som till stora delar har tagits fram gemensamt av projektgruppen.

Projektet inleddes i februari 2020, men cirka en månad efter projektstart stod det klart att den Covid 19-pandemi som drabbat samhället omöjliggjorde den typ av datainsamling som var planerad. Det fanns risk för att projektfasen inte skulle gå att genomföra på ett säkert sätt samt att mätdata inte skulle reflektera den arbetsmiljö som normalt råder på sjukhuset, varför beslut togs om att pausa projektet tills situationen återigen var representativ och säker att genomföra. Arbetet återupptogs igen i slutet av augusti 2020. Datainsamlingen i form av arbetsmiljömätningar (då följare befann sig med läkarna i den kliniska miljön) utfördes mellan den 5:e oktober och den 18:e november 2020.

### **Urval**

Urvalet av läkare gjordes med utgångspunkten att skapa så stor representation som möjligt från Karolinska Universitetssjukhusets breda verksamhet i Solna, men också för att få så god datakvalitet som möjligt inom de områden där man ansåg att arbetsmiljön var som mest utmanande. Urval av läkare genomfördes utifrån tema (verksamhetsområde), vårdform (mottagning, avdelning, jour etc.), roll (från underläkare till överläkare) samt övriga uppdrag så som forskning, utbildning, förtroendeuppdrag, administrativa uppdrag etc. Det totala urvalet uppgick till 101 läkare. De läkare som har deltagit i projektet har nästintill uteslutande varit läkare som under aktuellt arbetspass varit schemalagda för klinisk tjänst.

### **Avgränsningar**

Projektet omfattade läkargruppen vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och andra yrkesgrupper omfattades inte av arbetet då föreläggandet från Arbetsmiljöverket, vilken ligger till grund för projektet, innehar motsvarande avgränsningar. Arbetsmiljöverket har i dialoger med NKS inkommit med ett muntligt förtydligande om att föreläggandet avser de administrativa ytorna på sjukhuset. Det är med detta förtydligande i åtanke som projektet har utformats. I urvalet av läkare exkluderades ett antal teman/funktioner då de inte ansågs vara föremål för föreläggandet, alternativt hade förutsättningar av en annan karaktär avseende administrativa ytor:

- Karolinska Universitetslaboratoriet exkluderades då deras verksamhet till stor utsträckning är fysiskt lokaliserad till en och samma byggnad (L-huset) där utmaningar med långa transportsträckor och bristande tillgång till administrativa ytor för läkarna inte anses vara lika stor som den är för andra verksamheter.
- Tema Åldrande exkluderades då temat har den absoluta majoriteten av sin verksamhet förlagd i Huddinge.
- Funktion Hälsoprofessioner exkluderades då funktionen till största delen består av andra yrkeskategorier än läkare.

### **Metodik för datainsamling**

#### **Förberedelser inför datainsamling**

Inför datainsamlingen genomfördes en fem dagar lång utbildning för följarna i metodiken,

arbetsmiljölagstiftningen samt praktisk utbildning i specifika rutiner att arbeta i klinisk miljö. Det genomfördes flera separata övningar i hantering av skyddsutrustning, undervisning i hygienrutiner i klinisk miljö samt genomgång och underskrift av det sekretessavtal som gäller för all personal på Karolinska Universitetssjukhuset för att säkerställa att datainsamlingen kunde genomföras på ett säkert sätt.

## Genomförande av datainsamling

Målsättningen var att följa läkaren under en hel arbetsdag men i ett fåtal undantagsfall avslutades mätningen innan läkaren var färdig, om denna hade ovanligt lång övertid. Den totala arbetstiden noterades dock alltid i mätningen.

Datainsamlingen utformades enligt fyra delområden, se Figur 1.



Figur 1 – Datainsamlingens fyra delområden

## Day in the life of (DILO)

Metoden för att registrera aktiviteter under en läkares arbetsdag bygger på tidstudiemodellen Day In the Life Of (DILO)<sup>1</sup>. DILO är en metod som har använts i över 25 år för att kartlägga processer och identifiera förbättringsområden inom olika verksamheter. Metoden utformades utifrån en schematisk arbetsdag där mätpunkter skapades för enskilda aktiviteter och sedan utformades ett digitalt formulär. Formuläret tidsstämplade inmatningarna och därmed kunde frekvens och duration för respektive aktivitet analyseras. I tillägg lades mätpunkter in från föreläggandet från Arbetsmiljöverket för att belysa de områden Arbetsmiljöverket bedömt utgöra problem i arbetsmiljön. Formuläret testades och uppdaterades i omgångar utanför klinisk miljö och därefter genomfördes ett test i klinisk miljö innan metoden fastställdes.

Datainsamlingen genomfördes i huvudsak dagtid, måndag till torsdag. Det genomfördes även tre mätningar under nattjourer. Arbetstid definieras utifrån 40 timmar heltidsvecka där *ordinarie arbetstid* är helgfri vardag 07:30-16:00 alternativt 08:00-16:30, där rast om 30 minuter inkluderas i arbetspasset. Andra arbetstider kan förekomma, i form av kortare eller

<sup>1</sup> Gouillart, F. J., & Sturdivant, F. D. (1994). *Spend a day in the life of your customers*. Harvard Business Review.

längre pass samt andra start- och sluttider, då schemaläggning i grunden utgår från verksamhetens behov. Enligt gällande avtal ska ordinarie arbetstid för läkare inordnas mellan klockan 07:00-21:00, helgfria vardagar. Utanför dessa tidsramar och helgdagar tillämpas jour- och beredskapstid vilket ligger utanför ordinarie arbetstid. Majoriteten av läkarna har flexitidsramar vilket innebär att man kan påbörja respektive avsluta arbetspasset något tidigare och senare än arbetspassets början respektive slut.

Majoriteten av de planerade arbetsmiljömätningarna kunde genomföras som planerat och i de fall där läkaren av olika anledningar inte kunde delta i studien identifierades en likvärdig ersättare avseende roll/funktion och arbetsuppgifter.

### **Rumsutvärdering**

Parallellt med DILO-formuläret registrerades de fysiska förutsättningarna som fanns i lokalerna där läkaren utförde administrativa aktiviteter i ett separat formulär. Rumsutvärderingens mätpunkter utgick från arbetsmiljölagstiftningens krav på administrativa arbetsytor. Utöver detta ingick även bedömning avseende risk för smitta. Rumsvärderingen var utformad att både ta hänsyn till rummets förutsättningar i allmänhet, liksom hur rummet användes i stunden under given mätning.

### **Intervju och screening**

Mot slutet av varje arbetsmiljömätning genomfördes en intervju utifrån ett intervjuformulär bestående av två delar. Den första delen utgjorde en demografisk screening. Den andra delen behandlade läkarens uppfattning av administrativa ytor, om krav och resurser upplevdes vara i balans samt hur läkaren arbetade med forskning och utbildning. I intervjun fick läkaren möjlighet att lyfta sina reflektioner på hur de administrativa arbetsytorna fungerade i dennes arbetsdag, både i avseende på vad som är välfungerande och vad som upplevdes orsaka hinder och svårigheter. I intervjun behandlades även aspekter om utbildning och forskning för att ge läkaren möjlighet att lyfta perspektiv kring dessa områden, även om dessa aktiviteter inte registrerades under mätningen den aktuella dagen.

### **Följarobservationer**

Under arbetsmiljömätningarna observerade följarna hinder och svårigheter kopplade till arbetsmiljön som inte ingick i projektets omfattning. Läkarna för sin del påtalade svårigheter och brister i sin arbetsmiljö som inte var en del av den aktuella rollen för dagen. Dessa sammanställdes i ett separat dokument och utgjorde komplement till analysen av den strukturerade datainsamlingen. De observationer som föll utanför projektets uppdragsbeskrivning dokumenterades i en separat lista och överlämnades till uppdragsgivaren.

### **Andra datakällor**

Utöver data som samlats in genom studien, har projektet använt existerande information om lokalerna, i form av förteckningar över de rum och ytor som nyttjas av Karolinska Sjukhuset i analyserna. Informationen har använts i syfte att kategorisera rumstyper, rums-kategorier och lokalkategorier.

### **Datasammanställning och validering**

Samtliga mätpunkter från DILO, rumsutvärdering, intervju och screening sammanställdes i strukturerade dokument. Dokumenten validerades sedan både individuellt och gemensamt för att säkerställa datakvalitet vilket utgjorde grunden till efterföljande analyser.

## Definitioner av aktiviteter och registreringar

Inför datainsamlingen kartlades vilka aktiviteter som skulle registreras i formulären för DILO och rumsutvärdering mot bakgrund av projektbeskrivningen.

Läkarnas arbetspass registrerades inom fem huvudaktiviteter i projektet:

- **Administration:** En bred definition av administration används, där tid till förberedelse, inläsning, journalföring och såväl kliniska som kollegiala möten ingår, samt flertalet andra aktiviteter
- **Patientarbete:** Den tid som avser direkt patientarbete, med patient närvarande antingen fysiskt eller över telefon/video
- **Transport:** All tid som avser förflyttning registreras som transporter
- **Forskning och utbildning:** Aktiviteter rörande forskning och utbildning, såsom seminarier, handledning, praktiska moment och förberedelse, samt flertalet andra aktiviteter
- **Annat:** Inkluderar övriga aktiviteter under en arbetsdag och inrymmer tid för ombyte, toalettbesök och privata göromål, men även raster, lunch och i förekommande fall middag

Som tillägg till huvudaktiviteterna registrerades även avbrott. Vart och ett av dessa arbetsområden rymde flertalet underkategorier och aktiviteter. Till registreringen av aktiviteter registrerades även tillhörande karmnummer, vilket utgjorde länken mellan aktivitet och plats.

Rumsutvärderingen kategoriserades utifrån rummets fysiska förutsättningar samt yttre faktorer såsom ljud ventilation och ljus. Utöver detta registrerades dynamiska förutsättningar utifrån pågående aktivitet och antal personer i rummet. Rumsutvärderingar har huvudsakligen gjorts i rum där administrativa aktiviteter genomförs, samt där läkaren har vistats tillräckligt lång tid för att en bedömning skulle hinna göras. Rumsutvärderingen registrerades i form av två huvudsakliga områden:

- **Rummets förutsättningar:** De statiska förutsättningarna i ett rum, som ej ändras utom vid ommöblering och/eller ombyggnation
- **Ögonblicksbild:** De dynamiska förutsättningar rummet erbjuder i den givna situationen, så som antal personer i rummet

Vidare registrerades läkarnas roll enligt schemat. Ett arbetspass kan innebära att läkaren antar en eller flera av nedanstående roller, och i den mån rollen förändrades registrerades även detta. Schemaroller kategoriserades enligt:

- **Administration:** Avser roll som primärt innebär administrativt arbete, ej patientnära arbete
- **Avdelning:** Avser roll som primärt innebär patientarbete med utgångspunkt på avdelning
- **Mottagning:** Avser roll som primärt innebär arbete med mottagningsbesök, antingen fysiskt eller digitalt
- **Operation:** Avser roll som primärt innebär arbete på operationsavdelning, både innefattande anestesilog och operatör
- **Akut (dagjour):** Avser roll med ansvar för jourtelefon och/eller konsulttelefon, alternativt annan typ av ansvar för akuta ärenden

- **Akut (dagjour) i kombination med någon av övriga schemaroller:** Avser roll med ansvar för akuta ärenden i kombination med någon av ovanstående roller

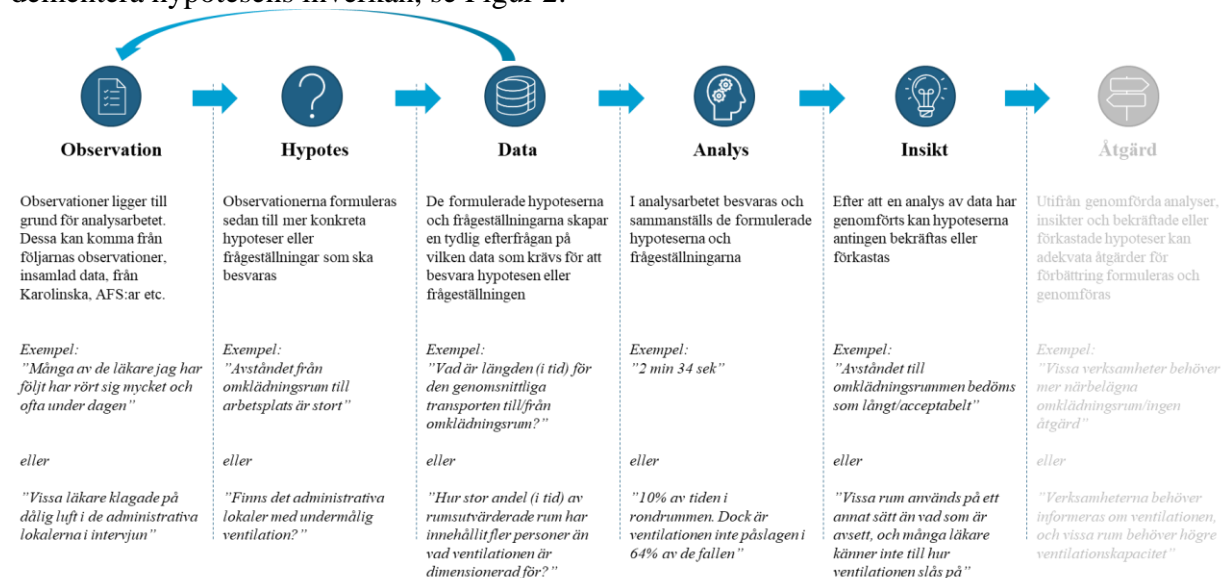
Genom intervjuer inhämtades kompletterande information om läkarnas tjänster samt möjliga extrauppdrag. Läkarnas tjänstetitel kategoriseras på Karolinska Universitetssjukhuset enligt följande krav på meriter:

- **Underläkare:** Läkare anställda som underläkare, alternativt AT/ST-läkare
- **Specialistläkare:** Läkare med specialistkompetens inom aktuell specialitet, efter avslutad ST-utbildning
- **Biträdande överläkare:** Läkare med specialistkompetens sedan minst tre år samt eget medicinskt ansvarsområde och undervisnings- och/eller handledningsmeriter
- **Överläkare:** Läkare med kompetens enligt ovan och med specialistkompetens sedan minst fem år samt disputerad

## Analysmetodik

### Analysmetodik för hypotesformulering

Projektet arbetade utifrån ett hypotesdrivet arbetssätt i syfte att definiera konkreta frågeställningar. Grunden till hypoteserna härrörde dels från de observationer som följarna noterade vid arbetsmiljömätningarna, dels från dialoger och intervjuer med läkarna. Observationer dokumenterades och kategoriserades för att skapa en indikativ bild över vilka aspekter som påverkade den administrativa arbetsmiljön. Utifrån sammanställningen av observationer formulerades hypoteser som genom analys av insamlade data kunde bekräfta eller dementera hypotesens inverkan, se Figur 2.



Figur 2 – Beskrivning av den hypotesdrivna analysmetodiken i projektet

Utöver observationslistan, kompletterades hypoteserna med frågeställningar från Arbetsmiljöverkets föreläggande, för att säkerställa att det inte uppstått några gap mellan hypoteserna som varit till grund för analyserna och det uppdrag som definierats i projektbeskrivningen.

## Prioritering av hypoteser och analyser

Formuleringen av hypoteser resulterade i en omfattande mängd tillhörande analyser. Då det inom tidsramen för projektet inte var möjligt att utforska alla hypoteser, prioriterades de analyser som hade koppling till föreläggandet från Arbetsmiljöverket.

Tre centrala områden kopplade till den administrativa arbetsmiljön var vägledande i denna prioritering:

- läkarnas tidsanvändning inklusive förflyttningar
- behov av administrativa ytor
- organisatoriska och sociala arbetsförhållanden

För att säkerställa att datainsamlingen kunde besvara samtliga aspekter i problemställningen insamlades stora datamängder inom ett brett område. Utöver ovan nämnda prioriteringar finns det därför möjlighet till ytterligare analyser.

All data som inhämtats har överlämnats till uppdragsgivaren.

Övergripande resultat

## Resultat/analys

Projektet följde totalt 101 läkare under deras arbetspass och presenterade resultat baseras på denna grupp av läkare om inte annat anges. En övergripande sammanställning av den data som samlats in presenteras i Tabell 2 och **Fel! Hittar inte referensälla..**

Tabell 1- Förteckning över deltagande läkare

<b>Totalt antal läkare (varav nattjourpass)</b>					
101 (3)					
<b>Kön</b>					
Män	Kvinnor				
50	51				
<b>Ålder</b>					
21-30 år	31-40 år	41-50 år	51-60 år	60+ år	
9	32	34	18	8	
<b>Tjänst</b>					
Överläkare	Biträdande överläkare	Specialist- läkare	Underläkare		
32	17	25	27		
<b>Huvudsaklig schemaroll under arbetspasset</b>					
Administ- ration	Avdelning	Mottagning	Operation	Akut (dagjour) (varav	Akut (dagjour) i kombination med annan roll (varav

				nattjourpass)	nattjourpass)
4	33	23	19	13 (1)	9 (2)

Tabell 2 - Sammanställning av deltagande läkare per verksamhet

Verksamhet	Antal (varav nattjourpass)
AVA	3
IMA	2
IVA barn/vuxen	6
Barnmedicin	11
Barnkirurgi	4
Ortopedi barn/vuxen	5
Operation barn/vuxen	6
ÖNH/Plastik/Kranio	3
Kvinnohälsa	5 (1)
Neurologi/-kirurgi	8 (1)
Bild och Funktion	5
Bröstcancer	2
Bäckencancer	8
Endokrin	2
Hematolog/koagulation	4
Infektion	2
Kardiologi	6 (1)
Kolorektalkirurgi	3
Kärlkirurgi	2
Lungmedicin	4
Neonatologi	2
Njurmedicin	2
Thoraxkirurgi	2
Trauma	2
Bedömningsenheten	2

## Tidsanvändning

Avsnittet tidsanvändning omfattar en övergripande beskrivning av hur läkarnas tid fördelas mellan olika arbetsuppgifter under ett arbetspass, men även mer detaljerade resultat kopplade till transporter och avbrott.

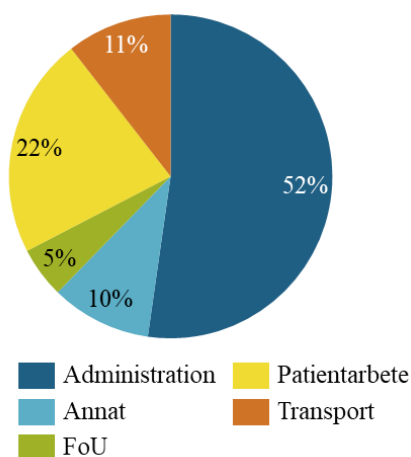


## Övergripande fördelning av tid

Läkarnas arbetspass delas in i fem kategorier; *administration*, *patientarbete*, *transport*, *forskning och utbildning (FoU)* och *annat*. Dessa bryts sedermera ned i underkategorier enligt definitionslistan i bilaga 2.

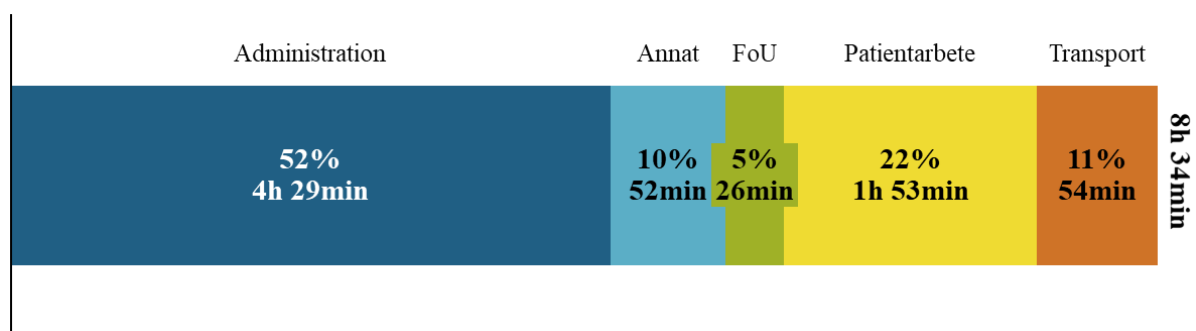
### Fördelning av tid mellan olika huvudaktiviteter

Administration utgör den enskilt största huvudkategorin (52 %), följt av patientarbete (22 %) och transport (11 %), se Figur 5. Kategorin annat, som bland annat inkluderar rast, lunch och middag, toalettbesök och ombyte, utgör nio procent av tiden. Minst andel av total observerad tid utgörs av forskning och utbildning (FoU) med fem procent.



Figur 3 - Fördelning av tid per kategori

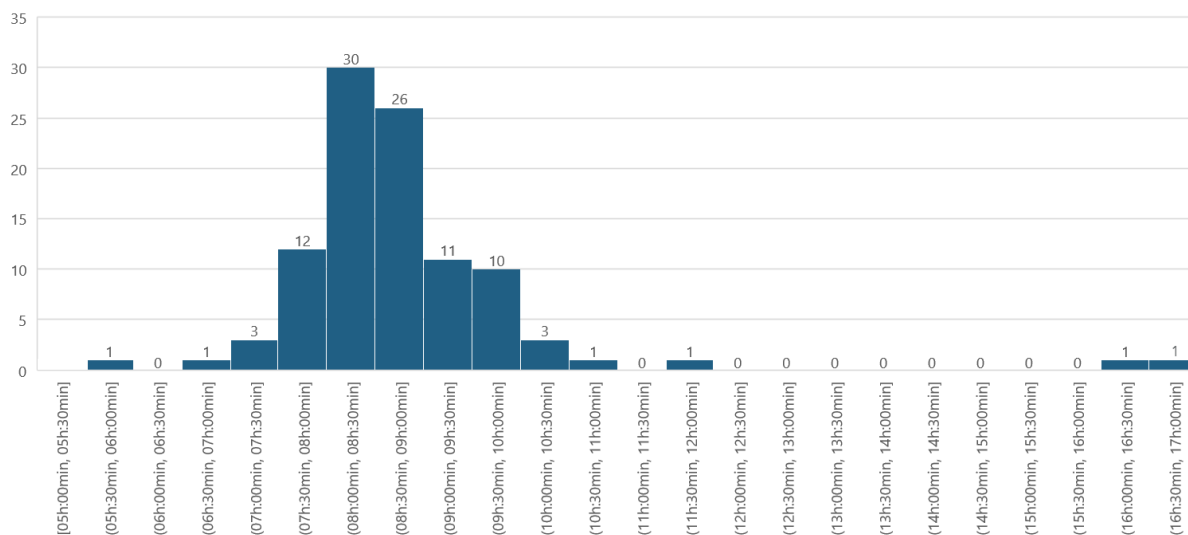
Mätt i faktisk tid (median) utgör ett arbetspass totalt 8 h och 34 minuter, se Figur 6. I detta ingår tid från tidpunkten då läkaren kommer till arbetsplatsen till dess att följaren lämnar läkaren, exklusive den intervju som genomfördes som del av datainsamlingen. Det innebär att ombyte, raster, lunch och i förekommande fall middag ingår.



Figur 4 - Fördelning av tid över kategorier som del av ett medianarbetspass

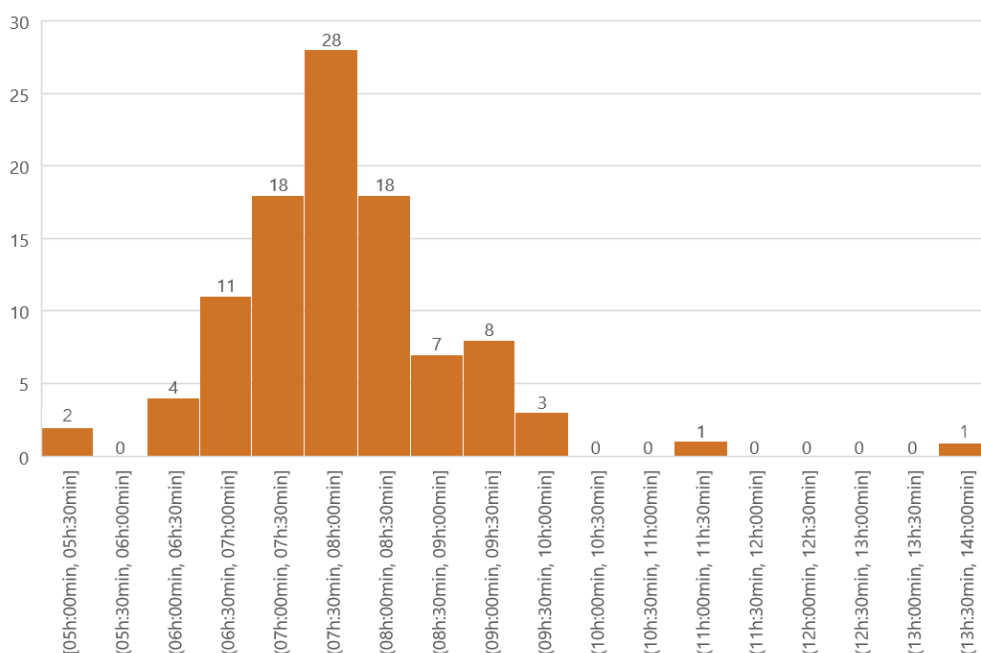
Det längsta arbetspasset som uppmättes var ett nattjourpass som varade i ca 16 h och 30 minuter, medan det kortaste varade i 5 h och 30 min. Värt att notera är att de tre nattjourpass som följdes utgör de tre enskilt längsta arbetspassen i studien, men dess påverkan på medianvärdet är begränsad.

En spridningsanalys av arbetspassets längd visar att ungefär hälften av arbetspassen pågick mellan 8 h och 9 h, enligt Figur 5.



Figur 5 - Histogram över längden av de arbetspass som följts i studien

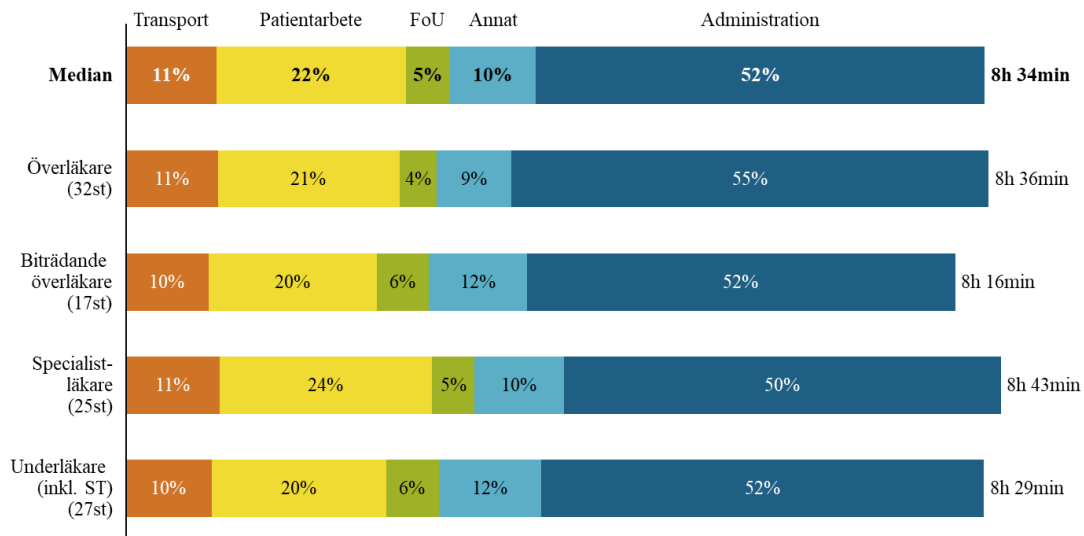
Medianvärdet för den effektiva arbetstiden var 7 h och 46 min. Den effektiva arbetstiden exkluderar från arbetspassets totala längd aktiviteterna ombyte, raster, lunch och i förekommande fall middag samt transporter till och från dessa aktiviteter. Den längsta uppmätta effektiva arbetstiden varade i 13 h och 50 min, den kortaste i 5 h och 16 min. Av 101 följda läkare uppmättes 63 läkares effektiva arbetstid till under 8 h, se Figur 6.



Figur 6 - Histogram över längden på effektiv arbetstid som uppmätts av de arbetspass som följts i studien

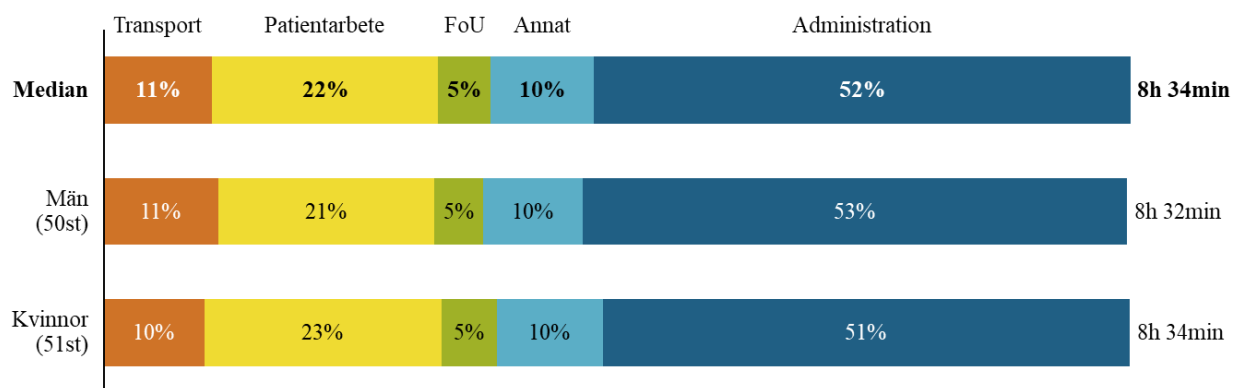
### Fördelning av tid – Variationer mellan undergrupper

Det förekommer skillnader mellan olika undergrupper av läkarna som studerats även om de i flera fall är att betrakta som marginella. Längden på arbetspasset skiljer sig något mellan läkarnas olika tjänster där observerade *specialistläkare* i median arbetar längst och *biträdande överläkare* kortast, se Figur 7. Andelen tid som läggs på administrativt arbete är det som skiljer mest mellan grupperna där det konstateras en differens på fem procentenheter mellan *överläkare* och *specialistläkare*. Överläkare tillbringar mer av sin tid med administration än andra grupper, medan specialistläkare lägger minst andel av sin tid på administration.



Figur 7 - Fördelning av tid per kategori baserat på tjänst

Analyseras resultatet utifrån kön kan konstateras att det förekommer små skillnader i arbetspassets längd samt fördelningen av tid, se Figur 8.

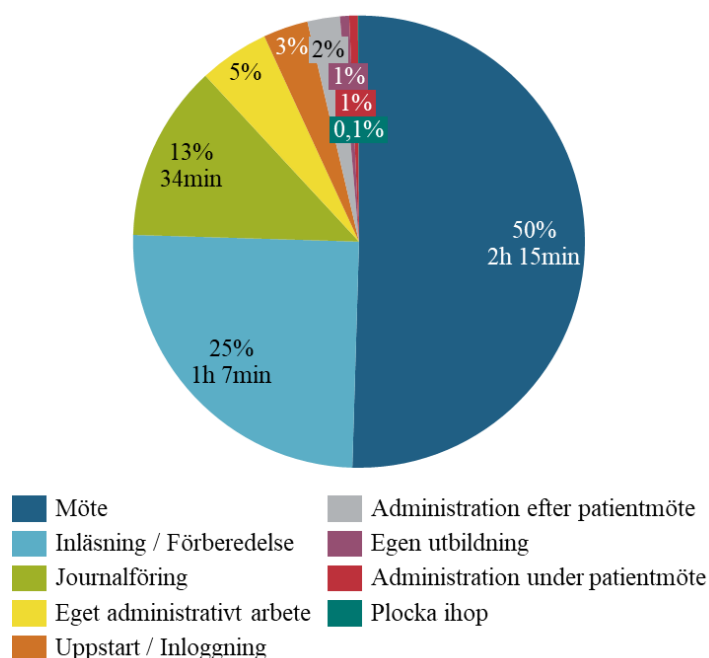


Figur 8 - Fördelning av tid per kategori baserat på kön

### Fördelning av tid - Administrativa uppgifter

I Figur 4 konstateras att läkarna spenderar cirka halva arbetsdagen på olika administrativa

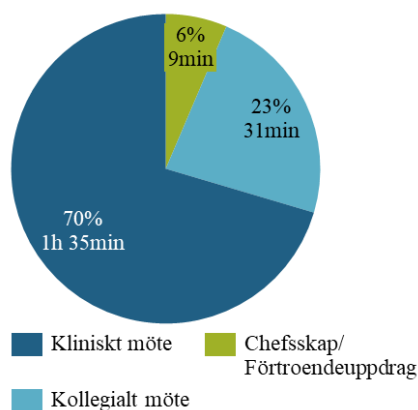
aktiviteter. Denna tid fördelas mellan underaktiviteter enligt Figur 9.



Figur 9 - Fördelning av tid på administrativa aktiviteter

Möten tillsammans med *inläsning och förberedelse* utgör tillsammans 3 h och 22 min av arbetspasset. Inläsning och förberedelse som läkarna utför definieras som den digitala eller analoga förberedelse som sker inför patientarbete och inrymmer bland annat läsning av journalanteckningar och labbsvar.

Möten inrymmer såväl planerade och strukturerade möten i större och mindre grupper som informella och spontana möten mellan läkaren och dennes kollegor. Möten utgör hälften av total administrativ tid vilket innebär att läkarna ägnar 2 h och 15 min åt möten under ett arbetspass. Då möten delas upp i mindre beståndsdelar konstateras att läkarna spenderar 70 % (1 h och 35 min) av total mötestid i möten av klinisk karaktär, se Figur 10. Ett *kliniskt möte* definieras som ett möte vilket kretsar kring det kliniska arbetet, exempelvis ett rondmöte eller konferens där enskilda patienter diskuteras. Näst efter kliniska möten utgör kollegiala möten störst andel av läkarnas mötestid under arbetspasset. Minst andel av mötestid ägnas åt möten där läkaren som chef eller förtroendevald har möte med en medarbetare. I figuren nedan är avbrottsid ej inräknad, vilken utgör cirka 4 % av total mötestid.



Figur 10 - Fördelning av tid på olika typer av möten

Utöver olika typer av möten samt inläsning och förberedelse ägnas cirka en timme av arbetspasset till andra administrativa uppgifter. *Journalföring, eget administrativt arbete, administration under och direkt efter patientmöte samt uppstart och inloggning i datorer och system* är exempel på sådana administrativa uppgifter.

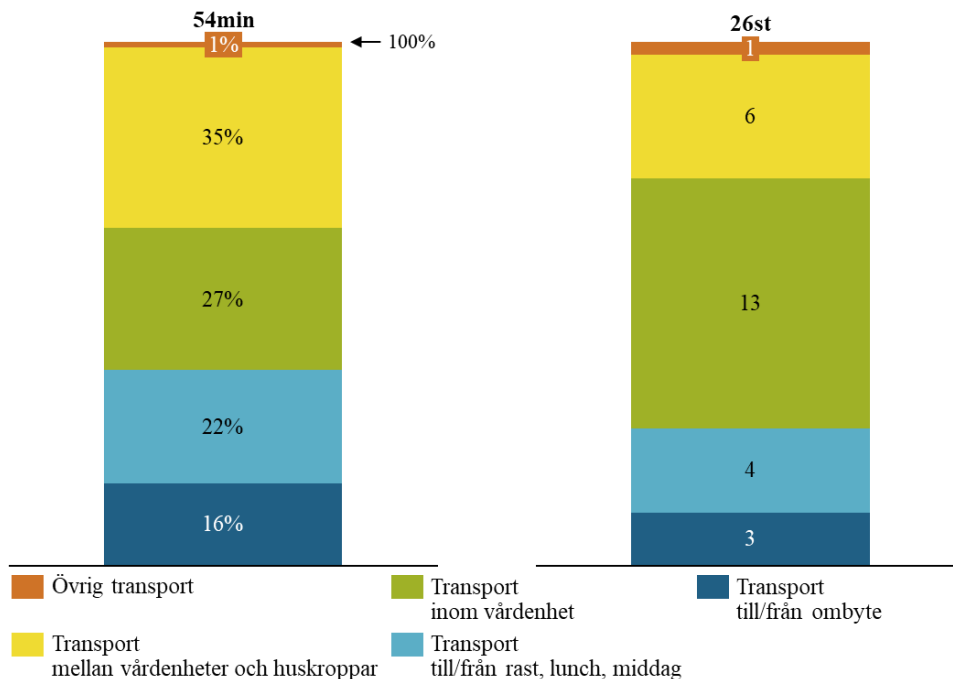
#### Fördelning av tid och frekvens - Transport

Transport utgör elva procent eller cirka en timme av arbetspasset, se Figur 3. Denna knappa timme inrymmer i genomsnitt 26 transporter. Här inkluderas alla typer av transporter oavsett typ och längd.

Antalet totala transporter per dag skiljer sig marginellt mellan läkarnas tjänster där underläkare transporter sig något mer än genomsnittet, 29 gånger per arbetspass. Jämförs antal transporter per arbetspass istället över schemaroller konstateras att läkare med rollen dagjour transporterar sig mest, i genomsnitt 36 gånger per arbetspass och administration minst (19 gånger per arbetspass).

Läkarnas transporttid per arbetspass (54 min) och genomsnittliga antalet transporter (26 st) kan delas upp i olika typer av transporter för att belysa vilka transporter som sker under ett arbetspass. *Transport inom vårdenhet* definieras som en transport inom samma huskropp och våningsplan. *Transport mellan vårdenheter och huskroppar* definieras som en transport som istället går mellan huskroppar och/eller våningsplan. Vidare är *transport till eller från rast, lunch och middag* exkluderat från de ovanstående kategorierna och bildar en egen kategori. Även *transport till eller från ombyte* är exkluderat och bildar ytterligare en kategori.

Läkarna ägnar 19 min (35 % av transporttiden) till transporter mellan vårdenheter och huskroppar under ett arbetspass, totalt sex stycken, se Figur 11.



Figur 11 - Läkarnas transporttid (till vänster) och antal transporter (till höger) under ett arbetspass fördelade över olika typer av transporter

Då transporter mellan vårdenheter och huskroppar jämförs över läkarnas tjänster urskiljs marginella skillnader där samtliga tjänster transporterar sig runt genomsnittet på sex transporter per arbetspass. Vid jämförelse över schemaroller sticker läkare med schemaroll dagjour ut med elva transporter per arbetspass. Genomsnittstiden för en transport mellan vårdenheter och huskroppar är tre min och den längsta registrerade transporten cirka 20 min.

Transporter inom vårdenhet är vanligast och utgör hälften (13 st) av antalet av läkarnas transporter under ett arbetspass.

Utöver transport mellan vårdenheter och huskroppar och transport inom vårdenhet ägnar sig läkarna åt transport till och från ombyte samt rast, lunch och middag, se Figur 11 ovan. Dessa transporter utgör tillsammans lite mer än en fjärdedel av antalet transporter som läkarna utför under arbetspasset, vilket motsvarar cirka 20 min i transporttid. Här bör påpekas att transporttid till och från ombyte innehåller vissa uppskattningar då följarna inte i samtliga fall har kunnat följa läkaren till och från omklädningen.

Läkarna transporterar sig till största del torrskodda inomhus (98 %) vilket innebär att i genomsnitt en transport per arbetspass sker icke torrskodd.

## Administrativa miljöer

De administrativa miljöerna på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna består i enlighet med beskrivning i introduktionsavsnittet av;

- **Vårdintegrerade ytor** är de ytor som ligger i själva vårdkärnorna och i direkt anslutning till vårdplatser eller andra patientytor i NKS huvudbyggnad.

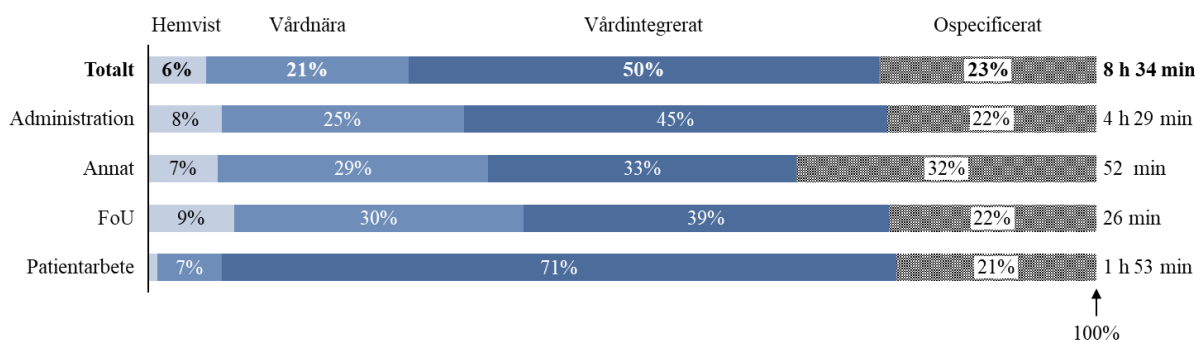
- **Vårdnära ytor** är de administrativa ytor som befinner sig i de så kallade mantlarna i NKS huvudbyggnad. De ligger alltså i regel inte i direkt anslutning till vårdenheterna, utan utanför vårdkärnorna.
- **Hemvister** är benämningen för de administrativa arbetsplatser som ligger skilt från verksamhetens vårdgolv, och är i regel placerade i Norrbacka (S-huset), Q-huset, N-huset, Hotellet (Carolina Tower), GKS huvudbyggnad eller i enstaka fall på NKS.

Begreppen vårdnära ytor och vårdintegrerade ytor utgår ifrån arkitekturen för NKS huvudbyggnad, och är därför bara tillämpbara för denna, och således inte tillämpbar för exempelvis GKS huvudbyggnad, Q-huset, N-huset eller G-huset (U290) för den här analysen. De rum som inte har kunnat kategoriseras som antingen vårdnära, vårdintegrerade eller hemvister faller i kategorin ”ospecificerat”. Ospecificerat innehåller även ett antal rum i NKS huvudbyggnad som inte faller inom någon av kategorierna vårdnära, vårdintegrerade eller hemvist, ofta för att de är på våningsplan där planlösningen är annorlunda, såsom exempelvis omklädningsrum, kulvertar, lunchrestauranger etc. Se fullständig lista i bilaga 3.

## Användning

### Användning - Dagpass

Läkarnas tid beskriven i kapitlet ovan fördelar sig mellan *hemvister*, *vårdnära ytor*, *vårdintegrerade ytor* och *ospecificerade ytor* enligt Figur 12 nedan. Alla huvudaktiviteter; administration, patientarbete, forskning och utbildning (FoU) samt annat, utförs i alla typer av lokaler.



Figur 12- Fördelning av tid för huvudaktiviteter fördelat på olika lokalkategorier. Mediantid för läkarna till höger<sup>2</sup>.

Läkarna tillbringar cirka hälften av sin tid i vårdintegrerade miljöer. Även knappt hälften av den tid som läggs på administration tillbringas i vårdintegrerade miljöer.

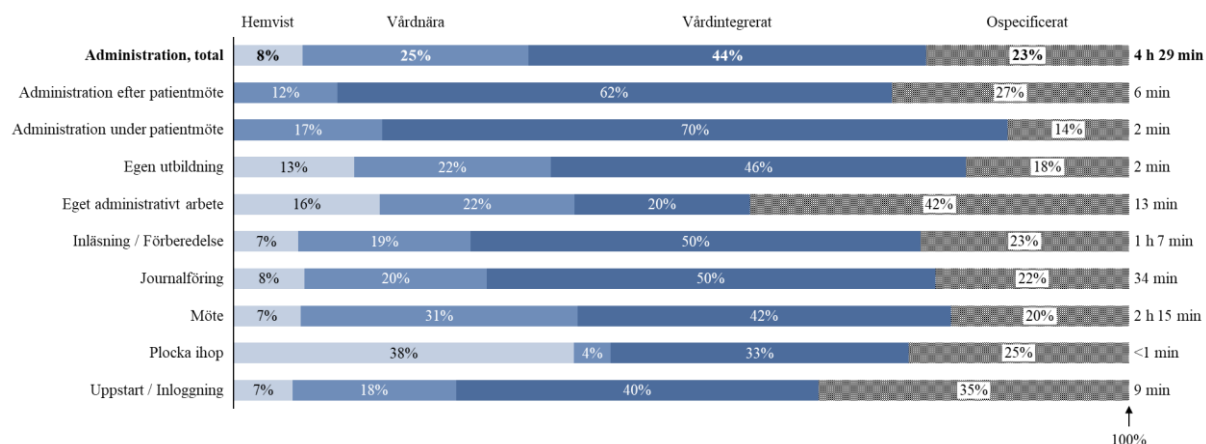
Hemvister används under en relativt liten andel av läkarnas tid, totalt 6 % av tiden. Av 101 följda läkare besökte 28 hemvisten under dagen, varav fyra hade administrativa schemaroller. Vårdnära ytor används cirka 21 % av läkarnas tid, och oftare under administration, FoU och annat, än för patientarbete vilket är förväntat.

Patientarbete utförs till största delen (71 %) i de vårdintegrerade ytorna vilket också är väntat då merparten av patientytorna är belägna där. Det patientarbete som utförs på vårdnära ytor kan antingen vara fysiska patientmöten i vårdrum eller mottagningsrum som är placerade i mantlarna, eller att läkaren haft ett patientmöte per telefon i en administrativ lokal belägen på

<sup>2</sup> Transporter är också ur diagrammet, varför övriga kategorier inte summerar till 8 h och 34 min

en vårdnära yta.

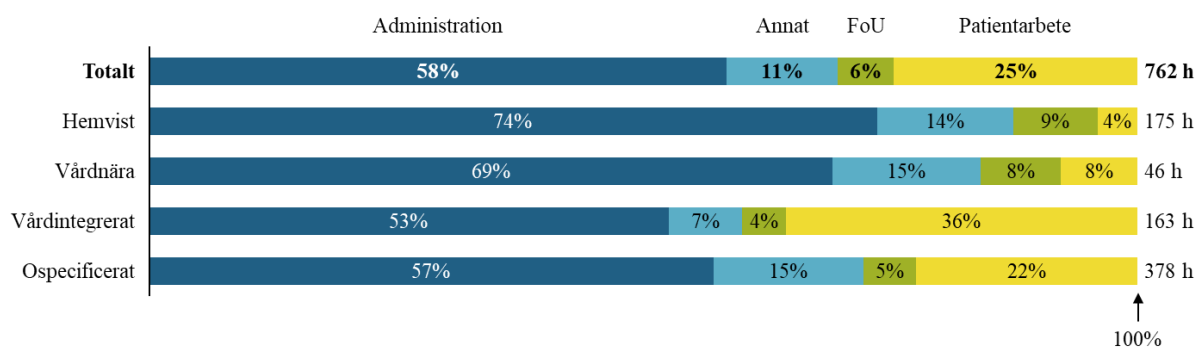
FoU-aktiviteter utförs i alla tre lokalkategorier, men i högre utsträckning i hemvister och vårdnära ytor, än i vårdintegrerade ytor relativt den totala fördelningen av tid.



Figur 13 - Fördelning av tid för administrativa underkategorier fördelat på olika lokalkategorier. Mediantid för läkarna till höger.

Huvudaktiviteten administration består av nio underkategorier och tiden fördelar sig mellan hemvister, vårdnära ytor och vårdintegrerade ytor enligt Figur 13. Läkarna tillbringar ungefär hälften av sin tid för administration på vårdintegrerade ytor. Egen utbildning och eget administrativt arbete är de två underkategorier som har svagast koppling till patientarbete, och är också de som i största utsträckning<sup>3</sup> utförs i hemvister, 14 respektive 17 procent.

Administration under patientmöte och administration efter patientmöte är den typ av administration som oftast utförs på vårdintegrerade ytor, vilket är ett väntat resultat då de aktiviteterna utförs i samband med patientmöten i mottagningsrum, behandlingsrum, vårdrum osv. Inga sådana aktiviteter är registrerade i hemvisterna.

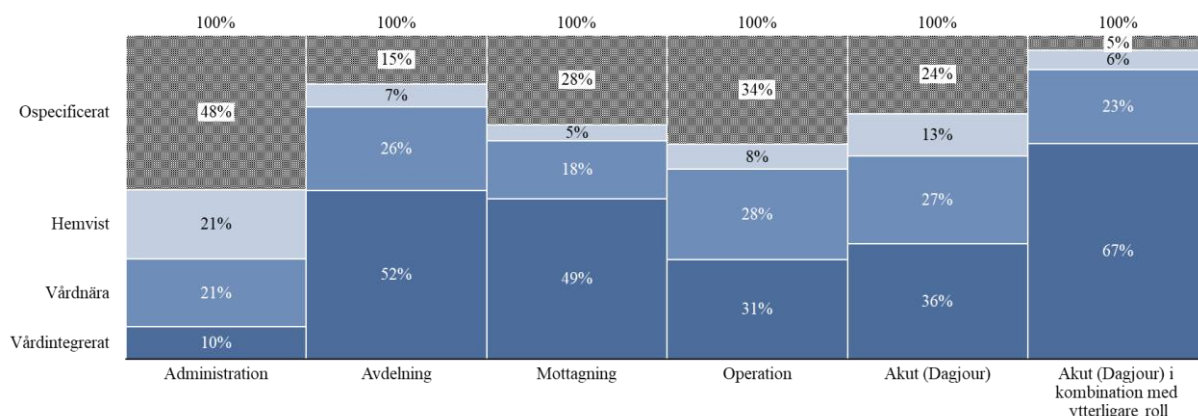


Figur 14 - Fördelning av tid för olika huvudkategorier fördelat på olika lokalkategorier, transporter och avbrott exkluderat. Total tid till höger.

Analyseras nyttjandet av olika typer av administrativa ytor utifrån läkarens huvudaktiviteter kan det konstateras att den absoluta merparten av tiden i hemvisten läggs på administration, se Figur 14. Fyra procent av tiden i hemvisterna går till patientarbete, och då huvudsakligen till patientmöten över telefon. Hemvister och vårdnära ytor har snarlik fördelning gällande vilken typ av aktiviteter som utförs där, även om hemvisterna nyttjas i betydligt mindre omfattning.

<sup>3</sup> Bortsett från *Plocka ihop*, vilket utgör en försumbar andel av den totala tiden för administration.





Figur 15 - Fördelning av tid för administrativa aktiviteter fördelat på lokalkategorier och schemaroller.

Olika schemaroller nyttjar lokaler i olika utsträckning för sina administrativa arbetsuppgifter, se Figur 15.

Läkare med schemaroll administration tillbringar minst tid med administration i vårdintegrerade miljöer, och mer tid i hemvister och ospecificerade lokaler jämfört med övriga schemaroller. På samma sätt uppger många läkare i intervjuerna att de inte använder hemvisterna annat än då de har dedikerad administrativ tid. Detta då hemvisten anses ligga för långt bort för att effektivt kunna nyttjas för de kortare administrativa aktiviteterna som utförs under det kliniska arbetet. Ett vanligt förekommande svar är att läkarna går till hemvisten enbart om de har några timmar till en halvdag med sammanhängande "ostört" administrativt arbete då de vet att de inte kommer behövas i den kliniska verksamheten. Läkarna med schemaroll administration tillbringar också störst andel av sin tid med administration i ospecificerade lokaler, det vill säga lokaler som varken går att kategorisera som vårdnära, vårdintegrerade eller hemvister, vilka till stor del utgörs av lokaler i GKS (A2, D1, D2, E1), N-huset, Q-huset samt G-huset (U290).

Läkare med schemaroll avdelning eller mottagning har snarlika fördelningar för var de administrativa aktiviteterna utförs, och de tillbringar cirka hälften av sin tid för administration i vårdintegrerade ytor.

Läkare med schemaroll operation eller akut (dagjour) har liknande fördelningar för var de administrativa aktiviteterna utförs. De utnyttjar vårdnära ytor i större utsträckning än avdelnings- och mottagningsläkare, men vårdintegrerade ytor i mindre utsträckning.

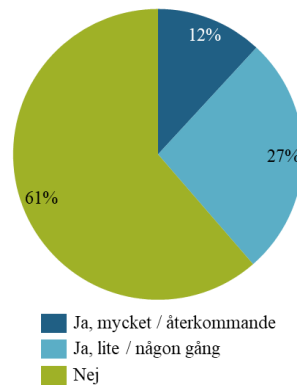
## Organisatoriska och sociala arbetsförhållanden

Enligt projektets metodik har läkarna, för att komplettera och bidra med kvalitativa aspekter till insamlade kvantitativa data, intervjuats efter genomfört arbetspass. Frågorna rör läkarnas egen upplevelse av det som studerats under dagen, och behandlar flera olika utvalda områden. I organisatoriska och sociala arbetsförhållanden presenteras resultat baserat på ovan nämnda intervjuer inom områdena kopplade till stress, arbete efter ordinarie arbetstid, efterarbete och smittorisk.

## Stress

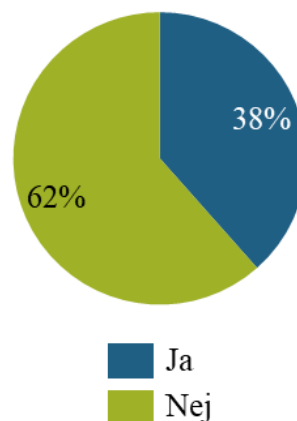
Området *stress* innefattar upplevd grad av stress, vad som i förekommande fall orsakat stress samt när under arbetspasset stress upplevts.

39 % av läkarna uppger att de har upplevt stress i någon utsträckning, se Figur 16. Mer specifikt har tolv procent av läkarna upplevt *mycket eller återkommande stress*, och 27 % *lite stress eller stress någon gång under arbetspasset*.



Figur 16 - Andel av läkarna som upplevt stress under arbetspasset, och i vilken utsträckning

De läkare som har upplevt stress i någon utsträckning under arbetspasset har även uppgett huruvida de anser att den upplevda stressen har att göra med den administrativa arbetsmiljön eller inte, se Figur 17.



Figur 17 - Andel av läkarna som uppger att stressen är relaterad till den administrativa miljön

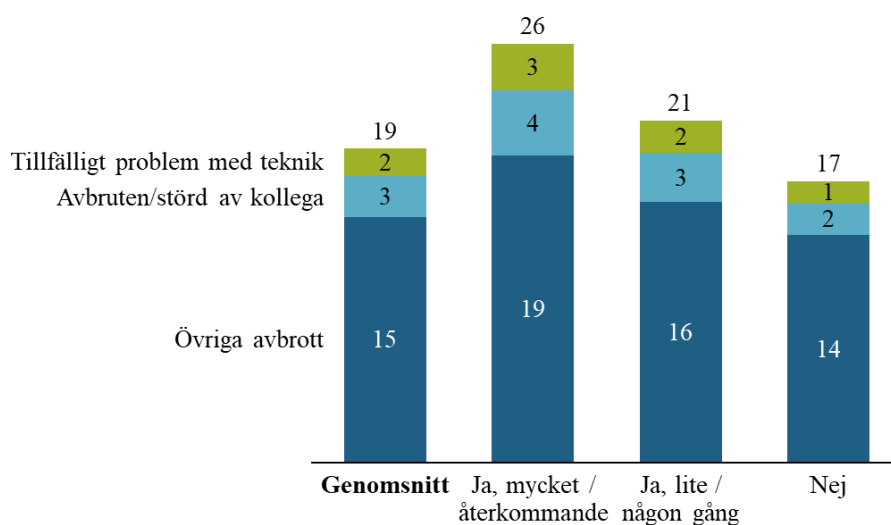
En majoritet (62 %) anser inte att den upplevda stressen relaterar till den administrativa arbetsmiljön, utan att stressen har andra orsaker. Av de 38 % som uppger stressrelaterade problem med den administrativa arbetsmiljön, nämns följande faktorer som orsakande:

- Teknikproblem
- Brist på ostördhet
- Transportavstånd
- Kommunikation

- Administrativ arbetsbörda

Den administrativa miljön beskrivs utförligt i rapporten, och de faktorer som nämns i punktlistan ovan speglas i flera av de andra avsnitt som ingår i resultatet.

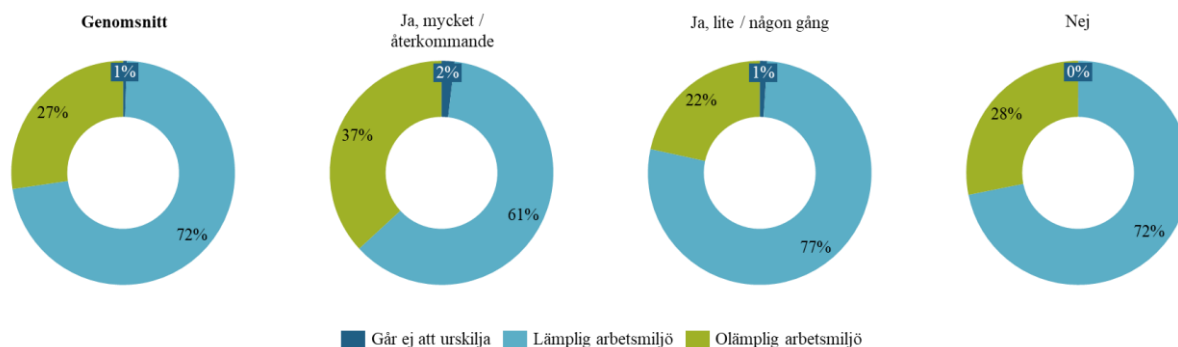
För att göra en jämförelse mellan upplevd stressnivå, den administrativa miljön och de faktorer som lyfts ovan, har relationen mellan upplevd stressnivå och avbrott samt mellan upplevd stressnivå och arbetsmiljöns lämplighet analyserats. Avbrott relaterade till problem med teknik samt att bli avbruten eller störd av kollega anses kunna vara en indikator på i vilken utsträckning problem med teknik orsakar stress. Att enbart titta på avbrott räcker inte för att svara på frågan hur stort problem med teknik och ostördhet är kopplat till upplevd stress, men är en av de delar som kan användas för att beskriva situationen. Figur 18 visar hur olika typer av avbrott fördelas över läkare som uppger att de upplevt mycket, lite respektive ingen stress under arbetspasset.



Figur 18 - Antal avbrott i genomsnitt per läkare fördelat över upplevelse av stress

Det kan konstateras att de läkare som upplevt mycket stress under dagen också upplever flest antal avbrott under dagen, samt flest avbrott relaterade till problem med teknik. De läkare som upplevt mycket stress har även upplevt flest avbrott orsakade av att bli fysiskt störd av kollegor under dagen. Dessa resultat indikerar att upplevelsen stämmer överens med de registrerade händelserna vad gäller teknikproblem och ostördhet.

Ett annat sätt att jämföra läkarnas egna upplevelser av stressnivån under ett arbetspass med den administrativa arbetsmiljön är att ställa läkarnas upplevelse av stress mot följarnas bedömning av arbetsmiljöns lämplighet under dagen. Det finns ingen tydlig korrelation mellan upplevelse av stress och huruvida arbetsmiljön bedömts som lämplig eller ej. De läkare som upplevt mycket stress under dagen har dock i större utsträckning befunnit sig i miljöer som av följaren bedömts som olämpliga, illustrerat i Figur 19.



Figur 19 - Arbetsmiljöns lämplighet fördelat över upplevelsen av stress

## Slutsatser

### Tidsanvändning

Medianlängden för en läkares arbetspass är 8h och 34 min, mätt från läkares ankomst till arbetsplatsen till dess att följaren lämnade läkaren. Raster, luncher och i förekommande fall middagar ("störda" eller "ostörda") uppgår tillsammans till 37 min i medeltal. Detta tillsammans med avdragen tid för ombyten samt transport till/från ombyte vilket tillsammans med avdragen tid för ombyten och transport till/från ombyte medför att den effektiva medianarbetstiden är 7h och 46min, med en variation från 5h och 16 min till 13h och 50 min (9h och 44 min för dagpass). Samtidigt som medianen ryms inom den ordinarie arbetstiden om 8h konstateras att det finns en andel läkare som arbetar mer, men då studien inte undersöker hur arbetstiden varierar över ett längre tidsspänn än en enskild arbetsdag går det inte att uttala sig om arbetstidens rimlighet för enskilda individer.

### Drygt 50% av läkarnas arbetstid går åt till administration

Läkarna spenderar mer än halva arbetsdagen på olika administrativa aktiviteter. I jämförelse ägnas ungefär en femtedel åt patientarbete. I sammanhanget är det viktigt att belysa vidden av begreppet administration och det faktum att det utöver aktiviteter såsom möten, inläsning och eget administrativt arbete även omfattar administration relaterat till patientmötet. Givet den stora andelen tid som läkarna lägger på att utföra administrativa arbetsuppgifter är det centralt att administrativa ytor och arbetssätt utformas för att underlätta för läkarna i deras administrativa arbete. Samtidigt konstateras att det förekommer betydande skillnader i fördelningen av tid mellan olika schemaroller, där läkare med schemaroll avdelning administrerar nästan lika mycket som läkare i renodlad administrativ schemaroll. Med anledning av detta bör insatser som syftar till att främja den administrativa arbetsmiljön anpassas utifrån schemaroll.

### Forskning och utbildning förekommer i begränsad omfattning inom de kliniska schemaraderna

Forskning och utbildning (FoU) är den huvudaktivitet vilken läkarna ägnar minst tid åt, där forskning är särskilt liten i relation till övriga aktiviteter. Studien har fokuserat på kliniska schemarader och inte specifikt forskning och utbildning, men resultatet antyder att en stor andel av dessa uppdrag organiseras separerat från den kliniska verksamheten.

### Transporter utgör ca 1h av läkarnas arbetspass

Läkarna ägnar cirka elva procent (1 h) av sitt arbetspass till transport och utför i genomsnitt 26 transporter per dag. Transporter innefattar såväl kortare transporter inom samma vårdenheter som längre transporter mellan vårdenheter och huskroppar. Läkarna genomför i genomsnitt sex längre transporter mellan vårdenheter och huskroppar med en total tidsåtgång om 19 min under ett arbetspass. Dessa längre transporter är intressanta ur ett arbetsmiljöperspektiv då de kan tyda på en utspridd verksamhet där läkaren återkommande behöver röra sig till och från platser på oönskat långt avstånd ifrån vårdverksamheten. De långa transportererna medför också en begränsning för läkarna i och med att många arbetsuppgifter inte lämpar sig att utföras i rörelse.

### Avbrott förekommer i stor utsträckning under läkarnas arbetspass, men behöver inte vara negativa

Avbrott av olika karaktär sker i genomsnitt 19 gånger under läkarnas arbetspass och är överrepresenterat under administrativt arbete. Avbrott under arbetspasset och specifikt under administrativa uppgifter behöver inte entydigt innebära en störning av negativ karaktär vilket uttrycket kan implicera. Huruvida ett avbrott i en aktivitet är negativt eller ej kan bero på olika faktorer, såsom vilken roll läkaren har (och därmed vilka förväntningar som finns avseende avbrottsfrekvensen) eller vilken typ av aktivitet som genomförs då avbrottet sker. Oavsett uppfattning om avbrottets karaktär tyder resultaten på att det för en läkare i klinisk tjänst inte går att arbeta i total ostördhet. Det finns en förväntan och krav att läkaren ska vara tillgänglig gentemot kollegor för att det kliniska arbetet ska fungera väl. Dessa förväntningar på tillgänglighet innebär att hanteringen av oönskade avbrott blir en viktig del i säkerställandet av en god administrativ arbetsmiljö. De administrativa lokalerna och ytorna behöver utformas så att läkarna själva kan styra över sin tillgänglighet och undvika avbrott under de arbetsuppgifter som kräver ostördhet. Dock behöver detta ske i samspel med arbetssätt och schemaläggning.

## **Administrativa miljöer**

### Viss administration som sker i de vårdintegrerade ytorna bör flyttas till vårdnära ytor eller hemvister

Administrativa aktiviteter utförs i alla typer av lokaler och i alla typer av lokalkategorier på Karolinska Universitetssjukhuset, även om administrativa aktiviteter vanligen utförs i vårdintegrerade ytor. Då begreppet administration är brett och innefattar aktiviteter som både är nära kopplade till patientarbete och uppgifter av helt annan karaktär är det naturligt att aktiviteterna utförs i en mängd olika lokaler. Vissa administrativa aktiviteter som idag genomförs i vårdintegrerade ytor behöver inte nödvändigtvis utföras så nära den kliniska verksamheten, utan kan utföras i vårdnära ytor eller hemvister. På samma sätt kan aktiviteter som utförs i vårdnära ytor utföras i hemvister, som arbetsmiljömässigt har de bästa förutsättningarna för administration. Då läkarna generellt upplever fler arbetsmiljörelaterade problem i de vårdintegrerade administrativa ytorna än i vårdnära ytor och hemvister kan detta vara ett sätt att avlasta de vårdintegrerade ytorna.

### Hemvisterna är underutnyttjade

Hemvisterna används generellt i liten utsträckning. Medan tre fjärdedelar av den administrativa tiden förläggs i vårdnära eller vårdintegrerade ytor, utgör tiden i hemvisterna endast en knapp tiondel (8%). Av 101 observerade läkare besökte 28 en hemvist under den observerade dagen. I regel uppger läkarna att hemvisterna ligger för långt bort från den kliniska verksamheten då de behöver vara närmare patienter och kollegor under en stor del av arbetsdagen i klinisk tjänst.

För att läkarna ska utnyttja hemvisterna krävs sammanhängande tid för administrativt arbete (ett par timmar till en halvdag) för att läkarna på så vis skall veta att de inte behövs i det kliniska arbetet på plats på avdelning, mottagning eller operation. Läkare i administrativ roll utgör den undergrupp som tillbringar störst andel av sin tid i hemvisterna, vilket talar för att hemvisterna fyller en funktion vid mer sammanhängande administration.

Den bedömning av arbetsmiljön som löpande under dagen gjorts av följarna visar att arbetsmiljön i hemvisterna oftare bedöms som lämplig, mer specifikt 80 % av tiden, relativt 68 % av tiden i vårdnära ytor och 62 % av tiden i vårdintegrerade ytor. Hemvister där enskilda rum är vanligare, såsom Norrbacka, bedöms oftare ha lämplig arbetsmiljö än hemvister med större andel öppna landskap såsom Hotellet. Att arbetsmiljön generellt bedöms som mer lämplig i hemvisterna stärker incitamenten att avlasta de vårdintegrerade och vårdnära ytorna avseende administrativa aktiviteter.

### Nästan tre fjärdedelar av läkarna upplever bristande arbetsmiljö kopplat till administrativa ytor

Avbrott, störningar och bristande arbetsmiljö är vanligt förekommande i alla typer av administrativa ytor. En stor del av läkarna, knappt 75 %, har upplevt bristande arbetsmiljö kopplat till de administrativa arbetsplatserna. De två vanligast förekommande anledningarna är tillgång på arbetsplatser att arbeta ostört på, samt dåligt fungerande teknisk utrustning på arbetsplatserna. De vårdintegrerade ytorna identifieras av läkarna som de mest problematiska ytorna på sjukhuset.

### Det saknas rum att arbeta ostört i

Bristen på mindre rum att arbeta ostört i, avsedda för exempelvis fokuserat administrativt arbete, telefonmöten, diktering, samtal med kollegor osv, artikuleras tydligt av läkarna. Det stärks av att störningar i form av störande ljud såsom kollegor som talar i telefon, dikterar eller för samtal är den vanligast bidragande orsaken till att arbetsmiljön har registrerats som olämplig av följaren. Den näst vanligaste orsaken är att den följda läkaren själv stör kollegor av samma anledning. Olämplig arbetsmiljö är också mer vanligt förekommande då det är fler än två personer i rummet. Detta medför även en sekretessproblematik då diktering, patientmöten per telefon och känsliga kliniska möten kan överhöras, vilket läkarna själva också identifierar och poängterar.

Bristen på arbetsplatser avsedda för administration där läkarna kan arbeta ostört är genomgående, men mer tydlig i vårdintegrerade ytor, samt för läkare med schemaroller på operation. Läkarexpeditionerna och övriga administrativa lokaler i de vårdintegrerade ytorna upplevs av läkarna som trånga, och mycket av det administrativa arbetet utförs i rum avsedda för fler än två personer, eller i öppna landskap. Läkarna efterfrågar specifikt fler enskilda rum för en till två personer där administrativt arbete kan utföras, samt även tilldelade platser, även om huruvida de bör vara privata eller kopplade till schemarader varierar. Även om vissa läkare efterfrågar egna privata platser där de kan förvara saker och ha sina arbetsdokument framme, är det mest tydligt artikulerade behovet fler mindre rum att arbeta ostört i. Brist på plats och tillgängliga rum kan i sin tur bero på både en fysisk brist av arbetsplatser och en olämplig disponering av de existerande arbetsplatserna. Vidare behöver tillgänglig förvaring av arbetsdokument utredas ur sekretessperspektiv för att säkerställa en god lösning.

### Det krävs en tydlighet avseende förutsättningar, förväntningar och arbetsätt

De arbetsmiljöproblem kopplat till administration som läkarna upplever beror både på lokalernas fysiska förutsättningar, men också på arbetssätt, kultur och rutiner kring kommunikation. Som konkret exempel kan ges att läkarna ofta tar inkommande telefonsamtal oaktat huruvida de står i rummet, och har en enligt följarna liberal inställning både till att störa kollegor och att själva bli störda i det administrativa arbetet. Förändringar i lokalernas förutsättningar för förbättrad administrativ arbetsmiljö bör således kombineras med uppdaterade rutiner och arbetssätt för att förbättra läkarnas administrativa arbetsmiljö, vilka i sin tur är anpassade till de specifika ytornas lämpliga användningsområden. I tillägg till lokala rutiner och arbetssätt krävs vissa sjukhusgemensamma inriktningsbeslut och aktiviteter för att kunna anpassa rutiner och arbetssätt, samt en inkludering av samtliga av sjukhusets professioners behov och arbetsmiljö i det fortsatta arbetet.

## **Organisatoriska och sociala arbetsförhållanden**

### *Stress för läkargruppen kan minskas genom förbättring av de administrativa miljöerna*

Ungefär två femtedelar (39%) av de observerade läkarna uppger att de har upplevt stress i någon utsträckning under arbetspasset. I nästan lika stor andel av fallen (38%) är den upplevda stressen relaterad till den administrativa arbetsmiljön där de vanligast förekommande faktorerna är problem med teknik, brist på ostördhet samt transportavstånd. Genom att åtgärda de teknikproblem som upplevs, tillse lokaler och arbetssätt som minskar störningsmoment och lämpliga transportavstånd (beskrivet tidigare i slutsatserna) kan upplevd stress för läkarna minskas. Mer specifikt så kan stress för läkargruppen minska genom att justera miljöer där läkaren upplever störande ljud, att denne stör kollegor samt att aktiviteter genomförs i de rum de är anpassade för. Samtidigt äger varje enskild individ sin definition av stress och faktorer som inte rör den administrativa miljön omfattas inte av studien.

Läkare på avdelning upplever stress i större utsträckning än övriga schemaroller. Samtidigt tillbringar dessa läkare mycket tid i vårdintegrerade miljöer, vilka i större utsträckning än andra administrativa ytor har registrerats som olämplig arbetsmiljö. Det är därför särskilt viktigt att tillse att de administrativa ytorna för denna schemaroll är väl anpassade dess användning.

### *Efterarbete är vanligt, särskilt för chefer och överläkare*

Det är vanligt att det kvarstår arbete vid arbetsdagens slut i form av arbete efter ordinarie arbetstid (45 % av läkarna) eller efterarbete (62 % av läkarna). Flera läkare har uppgett att de har en anställning inklusive extra uppdrag som innebär att de är anställda till större del än en heltidstjänst, varför det efter en arbetsdag i kliniskt arbete inte behöver vara uppseendeväckande att det återstår en viss mängd arbete. Det är dock vanligt att läkarna upplever att de har efterarbete i form av patientadministration kvar vid slutet av dagen (38 % av de observerade läkarna), och de aktiviteter som främst registrerats under arbete efter arbetspassets slut är inom kategorin administration vilken läkarna också ägnat stor del av sin ordinarie arbetstid till. Det är alltså arbete som rör det kliniska arbetspasset som är frekvent förekommande att kvarstå. Vi kan inte med säkerhet säga att arbetspasset räcker till för läkarna, men heller inte att det ej räcker till. Osäkerheter existerar gällande arbetspassets längd i relation till övriga arbetspass under en vecka, relation mellan starttidpunkt för det faktiska arbetspasset och för mätningen samt huruvida läkaren har en sammanlagd tjänst som uppgår till 100 % arbetstid eller ej. Mängd efterarbete är också en skattning och inte något vi med säkerhet vet ägt rum, till skillnad från den registrerade tiden.

Någon klar korrelation mellan om läkarna har efterarbete kvar i slutet av arbetsdagen och

upplevelsen av stress har inte gått att urskilja. De läkare som upplevt mycket stress har dock en större mängd uppskattad tid till patientadministration kvar i slutet av arbetsdagen än de läkare som upplevt mindre stress, varför det är fortsatt viktigt att tillse att förutsättningarna för administration är goda och möjliggöra att denna hinns med inom ramen för arbetspasset. Läkare med chefsuppdrag uppger nästan samtliga (8 av 9) att de har efterarbete relaterat till chefskapets kvar efter avslutat arbetspass, vilket tyder på svårigheten att kombinera chefskap med arbete i klinisk tjänst inom ramen för en ordinarie arbetstid. Överläkare har upplevt stress i större utsträckning än biträdande överläkare, specialistläkare samt underläkare samt har uppskattat mest tid till kvarstående efterarbete. Rollen som överläkare är ofta mångsidig, och det är viktigt att tillse att de administrativa förutsättningarna för denna grupp läkare är goda och anpassade för dessa olika förutsättningar.

### *Under knappt tre fjärdedelar av tiden befinner sig läkarna på smittsäkert avstånd*

Läkarna uppger att de upplevt smittorisk under arbetsdagen i viss utsträckning, och då till största delen under avdelningsarbete. Utöver detta har följarna angivit att det under 14 % av totalt registrerad tid ej funnits förutsättningar för att hålla smittsäkert avstånd (ca 1,5 m i alla riktningar), och i ännu större utsträckning att läkarna i praktiken ej håller smittsäkert avstånd (23 % av registrerad tid). Läkarna uppger själva ofta att de upplever de administrativa miljöerna trånga och det är vanligt att det ej finns tillräcklig plats runt läkaren. För att förbättra förutsättningarna för administrativt arbete ur smitthänseende krävs därför både en ommöblering som tillåter mer plats mellan arbetsstationer och en förändring av de arbetsätt som används av läkarna. Det är viktigt att ta i beaktning förutsättningarna under vilken rapporten skrivs, där covid-19 är en ny, påtaglig smittorisk och att utvärderingen gällande smittsäkerhet har fått ökad vikt jämfört med vad som tidigare hade varit fallet. En förbättring gällande avstånd mellan läkare och arbetsstationer kommer dock påverka arbetsmiljön positivt och motverka smitta även i framtida scenario, varför åtgärderna är fortsatt viktiga att genomföra.