HELIX
Working Paper

Den nya akutläkaren

– Arbetsvillkor, hälsa och vilja att stanna på akutmottagningar

Maria Gustavsson
Eva Bejerot
Kerstin Ekberg

HELIX Rapport
16:004

LINKÖPINGS UNIVERSITET

HELIX Working Papers

ISSN: 1654-8213

Den nya akutläkaren

– Arbetsvillkor, hälsa och vilja att stanna på akutmottagningar

Maria Gustavsson
Eva Bejerot
Kerstin Ekberg
2016

HELIX Rapport 16:004

HELIX
Linköpings universitet
SE-581 83 LINKÖPING
SWEDEN

http:www.liu.se/helix

Tryck: LiU-Tryck, Linköping 2016

Förord

I denna rapport redovisas erfarenheter från forskningsprojektet *Läkare på akutkliniken - organisering, arbetsvillkor, hälsa och vilja att stanna kvar*. Projektet som finansierats av AFA Försäkring påbörjades november 2012 och avslutas formellt juni 2016. Det övergripande syftet i projektet är att undersöka vilken roll organisation, arbetsvillkor och ledarskap spelar för akutläkares hälsa och vilja att stanna kvar på akutmottagningen. Forskargruppen har bestått av projektledaren Kerstin Ekberg och Maria Gustavsson från Linköpings universitet samt Eva Bejerot från Örebro universitet.

Vi vill ta tillfället i akt och tacka alla de läkare som ställt upp på intervju och fyllt i den långa enkäten. Vi vill även tacka akutmottagningarnas klinikledningar på de 15 sjukhusen som låtit oss intervjua läkarna och låtit sina läkare fylla i enkäten på arbetstid. Vi vill särskilt tacka den läkarchef som initierade detta forskningsprojekt. Utan ditt intresse och engagemang för akutläkarnas arbetsmiljö och ett hållbart arbetsliv för akutläkare hade projektet inte varit möjligt att genomföra.

Linköping maj 2016

Författarna

Sammanfattning

Läkare i akutsjukvård är en egen basspecialitet sedan 2015. En ny specialitet och stor efterfrågan på akutläkare innebär en omställning för akutmottagningarna, sjukhusen och gängse utbildningssystem för läkare. Föreliggande studie initierades som en konsekvens av behovet av dessa behov av förändringar – vilka är förutsättningarna på landets akutmottagningar för att den nya specialiteten ska få goda arbetsförhållanden och stanna kvar på akutmottagningarna?

I studien genomfördes inledningsvis en intervjustudie med 14 akutläkare. Därefter utvecklades en webb-baserad enkät. Totalt 15 akutmottagningar i landet valde att deltaga i studien, och 147 läkare på akutmottagningar (51%) besvarade enkäten. Forskargruppen har erbjudit samtliga medverkande akutmottagningar återkoppling av resultaten, några akutmottagningar har deltagit i dessa möten. Tanken med återkopplingarna är att ge underlag för förbättringsarbetet inom respektive akutmottagning.

Resultaten av intervjustudien och enkätstudien visar att det finns en stor variation mellan de olika akutmottagningarna med avseende på hur arbetet organiseras, hur arbetsmiljön blir för läkarna, hur läkarna mår och i vilken grad de vill stanna kvar på akutmottagningen.

De tre distinkta faserna inflöde, vårdprocess och utflöde utgör ramen för arbetets förutsättningar på akutmottagningar. Hur inflödet organiseras beror dels på politiska beslut, dels på triage processen inom akutmottagningen. Ofta görs arbetet i team, ett välfungerande team ger bättre förutsättningar i arbetet än team med oerfarna medlemmar. Att arbeta i team kan vara en ny erfarenhet för många läkare och övrig vårdpersonal och ställer krav på relevant utbildning för detta. Även oklarheter i rollerna inom teamet kan försvåra arbetet.

Många akutläkare rapporterar att vårdprocessen inom akutmottagningarna organiserats så att de får många oskäliga och onödiga arbetsuppgifter: dubbeldokumentation, att jaga vårdplatser, rutiner kring intagning eller överflyttning av patienter, administrativa uppgifter, mm. Denna typ av arbetsuppgifter fördubblar risken för arbetsrelaterad anspänning och utmattning bland akutläkarna. Många akutläkare upplever också oacceptabel tidspress och överbelastning, samtidigt som de anser sig ha måttligt inflytande över verksamhetsnära frågor om hur arbetet skall organiseras. Ett gott inflytande över arbetet kan kompensera för höga krav, men i denna studie finner vi inte belägg för att graden av

inflytande kompenserar för de höga kraven. Höga krav i arbetet har starka samband med en ökad risk för trötthet bland akutläkare.

Generellt sett har läkarna en mycket positiv inställning till den nya specialiteten och de menar att patientflödet förbättras. Akutläkare uppfattas dock ha låg status jämfört med traditionella specialiteter. Följande slutsatser dras från denna studie.

- De flesta akutläkare mår bra, men en tredjedel av akutläkarna har symptom på arbetsrelaterad anspänning, utmattning och trötthet. Dessa symptom är vanligare bland kvinnliga akutläkare. Symptomen har starka samband med arbetets organisering. Organisering av arbetet bidrar till förekomsten av onödiga och oskäliga arbetsuppgifter och hög arbetsbelastning. Akutläkarna har inte inflytande över verksamhetsnära frågor och upplever sin autonomi och sitt inflytande som reducerat på grund av organisatoriska förändringar. Ett gott arbetsklimat innebär att risken för att utveckla dessa symptom minskar. Ett gott arbetsklimat bygger dels på ett väl fungerande teamarbete, dels på ett gott ledarskap där akutläkarna uppfattar att de får stöd och återkoppling på sitt arbete.

- Införande av nya organisations- och flödesmodeller inspirerade av lean och teamorganisering används för att effektivisera arbetet. I denna förändringsprocess går verksamheten från en vertikal organisation som bygger på profession till en horisontell organisation som bygger på teamarbete. Detta kan skapa otydliga professionsgränser mellan läkare och annan vårdpersonal. Studien pekar på att det kan finnas vissa motsättningar mellan olika yrkesgrupper på akutmottagningarna och att det kan finnas oklarheter i vem som är teamledare. Tydlighet i roll- och ansvarsfördelning är inte alltid utvecklad, vilket kan leda till meningsmotsättningar. Akutmottagningar uppfattas ofta som sjuksköterskornas arena, medan läkare, som har det medicinska ansvaret, uppfattar sig som faktiska ledare. En viktig förutsättning för ett väl fungerande teamarbete är att de olika ingående professionerna har fått träning och utbildning i teamarbete.

- En relativt stor andel av de läkare som arbetar på akutmottagningar, eller som avser att bli specialister i akutsjukvård, är inte helt tillfreds med sina arbetsförhållanden. Ungefär hälften av läkarna har övervägt att byta arbetsgivare eller att byta klinik. Viljan att stanna kvar inom akutmottagningen har starkt samband med om läkaren får stöd och feedback från ledningen. Andra studier har visat att symptom på utmattning ökar benägenheten att byta arbete. Majoriteten av de som svarat på enkäten är ST-läkare

inom akutsjukvård vilket indikerar att det är viktigt att tidigt uppmärksamma symptom på utmattning för att förebygga att yngre läkare väljer att lämna arbetet.

Hur arbetet på akutmottagningar organiseras har betydelse för arbetsmiljön och för om processer och flöden möjliggör för läkarna att utföra sitt arbete på ett säkert och effektivt sätt. En akutmottagning måste ses som en del i vårdkedjan i ett större system, men också att akutmottagningen är ett system i sig med lokala förutsättningar som styr in- och utflödet av patienter. Interventioner för att förbättra arbetsförhållanden kan därför inte begränsas till enskilda faktorer utan bygga på hur förutsättningar för hälsopromotiva arbets- och lärmiljöer skapas i organisationer.

Innehåll

1 Inledning 1

2 Forskning om akutsjukvård 3

2.1 Utmattningssyndrom 3

2.2 Vilja att lämna sin specialitet 4

2.3 Organisering av arbetet på akutmottagningar 4

2.4 Arbetsmiljön på akutmottagningar 7

2.5 Interventioner för att förbätta arbetsförhållanden 9

3 Metod 11

3.1 Intervjustudien 11

3.2 Enkätstudien 12

3.3 Återkoppling och spridning av resultatet 14

3.4 Etiska överväganden 14

4 Arbetets styrning och organisering 15

5 Olika yrkesgruppers samarbete på akuten 21

6 Läkares arbetsuppgifter på akuten 24

7 Arbetsmiljön på akuten 27

8 Läkares lär- och kompetensutvecklingsmöjligheter 31

9 Förbättringsarbete och verksamhetsutveckling 34

10 Den nya specialiteten akutsjukvård 37

11 Läkares hälsa och välbefinnande 39

12 Viljan att stanna kvar på akuten 41

13 Faktorer som inverkar på hälsan och stanna kvar på akuten 42

14 Diskussion 45

14.1 Arbetets organisering – ett fokus på patientflödet och effektivitet 45

14.2 Arbetsmiljön på akuten 47

14.3 En ny läkarprofession – möjligheter och utmaningar 49

14.4 Akutläkares hälsa 51

14.5 Akutläkares vilja att stanna kvar 52

15 Slutsatser och praktiska implikationer 54

Referenser 56

1 Inledning

I denna rapport ligger fokus på den nya läkarprofessionen akutläkare som arbetar på sjukhusens akutmottagningar. Under senare år har akutläkare blivit en egen basspecialitet och fasta akutläkartjänster har inrättats på en del akutmottagningar. Specialiteten är dock ung och merparten läkare på akutmottagningarna är fortfarande ST-läkare. Akutläkarens specialitet är differentialdiagnostik och att ta hand om patienterna i det inledande skedet. Läkarna på akutmottagningar har traditionellt bestått av specialister från olika discipliner som inte har akutkliniken som sin fasta arbetsplats. De förläggs dit i jourpass och kallas dessutom in vid behov. Grundbemanningen av läkare utgörs av så kallade ST-läkare som gör en väsentlig del av sin utbildningstid här. Sjuksköterskor har dock huvudansvaret för planering en arbetet och för att kalla in seniora specialistläkare.

Införandet av den nya läkarspecialiteten akutsjukvård är inte helt okomplicerad. Akutläkares inträde på akutmottagningar förändrar organiseringen och skapar en ny bemanningsorganisation. Detta kan utmana sjuksköterskornas positioner på akutmottagningarna, och flera studier visar på spänningar som har att göra med denna typ av motsättningar (Gjerberg & Kjølsrød 2001; Nugus m.fl. 2010). Ett antal artiklar i media har uppmärksammat ohållbara arbetssituationer för anställda på akutmottagningar och Arbetsmiljöverket har i något fall bedömt att läkare på akutklinik har ”ohållbara arbetsförhållanden” (Arbetsmiljöverket 2012; Läkartidningen, 2011-05-31; 2010-07-05; 2010-04-08).

Mot denna bakgrund är syftet i denna rapport att närmare studera och få kunskap om akutläkares arbetsvillkor, hälsa och vilja att stanna kvar på akutmottagningar. Följande mer specifika frågeställningar har formulerats:

1. Hur beskriver och uppfattar läkare sina arbetsvillkor, hälsa och vilja att stanna kvar på akutmottagningar?

2. Vilka arbetsvillkor är betydelsefulla för läkares hälsa och vilja att stanna kvar på akutmottagningar?

Den empiriska basen i denna studie utgörs av 14 läkarintervjuer och 147 enkätsvar från läkare som i huvudsak har sin anställning på akutmottagning vid 15 sjukhus i Sverige. Den övervägande andelen av läkarna i studien är akutläkare, men i studien ingår även andra läkarna med en annan basspecialitet. De är antingen placerade på akutmottagningen eller

har en delad anställning mellan akutmottagningen och annan klinik på sjukhuset. Andelen medverkande akutläkare varierar mellan sjukhusen och vissa sjukhus har knappast alls någon akutläkare. För mer detaljerad information se metodkapitlet.

Rapporten har följande disposition. I kapitel 2 ges en överblick av forskning om akutsjukvård. I kapitel 3 beskrivs studien genomförts och empirin analyserats. I kapitel 4 till 13 redovisas studiens resultat. Slutligen, i kapitel 14 diskuteras resultatet och i kapitel 15 redovisas några slutsatser och praktiska implikationer.

2 Forskning om akutsjukvård

Enligt SBU har förvånansvärt lite forskning ägnats akutmottagningarna (SBU 2010) och akutläkares arbetsvillkor. Akutsjukvården i Sverige är hårt belastad och det pågår för närvarande flera stora förändringar som har att göra med struktur, ledning och bemanning, vilket kan ha konsekvenser för hälsa och vilja att stanna inom specialiteten. Inledningsvis beskriver vi vad forskningen hittills visat avseende samband mellan de utfallsmått vi använder i studien, arbetsrelaterad anspänning/utmattning, trötthet och vilja att stanna kvar inom yrket. Det senare utfallsmåttet är betydelsefullt eftersom läkar-specialiteten akutsjukvård är ny och projektet delvis syftar till att identifiera faktorer som har betydelse för om de nya specialisterna kommer att vilja fortsätta inom sin specialitet.

2.1 Utmattningssyndrom

Utmattningssyndrom (eller burnout) är det vanligaste utfallsmåttet i studier om arbets-miljöns effekter på anställda vid akutmottagningar. Utmattningssyndrom karakteriseras av kognitiva symptom som minnesstörningar, koncentrationsproblem, låg stresstoleans, överkänslighet för sinnesintryck, somatiska symptom som trötthet, sömnsvårigheter, smärt- och infektionskänslighet, mag-tarm problem och psykiska symptom som känslolabilitet och nedstämdhet. På längre sikt kan utmattningssymptom leda till minskad motivation, ineffektivitet och inslag av cynism. Flera studier rapporterar en högre förekomst av stressreaktioner, symptom på utmattning och depression, avsikt att lämna arbetet och nedsatt prestation bland akutläkare, jämfört med andra medicinska specialiteter (Escribá-Agüir m.fl. 2006; Estryn-Behar m.fl. 2010; Nugus m.fl. 2011). En portugisisk studie rapporterar högre andel burnout bland kvinnliga akutläkare. Faktorer som utgjorde riskfaktorer för burnout var konflikter, etiska beslut kring att avsluta behandling, och att ha en tillfällig anställning. Lägre grad av burnout förelåg hos de läkare som parallellt arbetade på andra kliniker (Teixeria m.fl. 2013). En stor fransk studie av akutläkares arbetsvillkor (Estryn-Behar m.fl. 2011) visade på samma sätt att burnout var vanligare bland kvinnliga akutläkare, än bland manliga och bland övriga specialiteter. De viktigaste riskfaktorerna för burnout var i denna studie konflikten arbete-familj, kvaliteten i teamarbetet, att inte ha deltagit i kontinuerlig utbildning under de senaste 12 månaderna, samt att vara orolig över att man skulle göra misstag i arbetet. Lu m.fl. (2015) fann att burnout också har samband med att man i högre grad upplever att man ger suboptimal vård. Andra riskfaktorer för burnout bland akutläkare som rapporterats är höga arbetskrav med långa arbetspass och nattarbete, bristande resurser i arbetet som avsaknad av belöningar eller feedback från överordnade, problematiska kollegor och/eller en dålig

social kultur på arbetsplatsen (Bragard m.fl. 2015). Utmattningssymptom tycks vara vanligare bland akutläkare än bland andra läkarspecialiteter.

2.2 Vilja att lämna sin specialitet

Vi har endast funnit en studie som har studerat akutläkares vilja att stanna kvar inom sin specialitet. Enligt Estryn-Behar m.fl. (2011) är viljan att lämna sitt yrke högre bland akutläkare än bland andra specialiteter Viljan att lämna sitt arbete hade i deras studie samband med faktorer som kvalitet i teamarbetet, att själv lida av utmattningssymptom, bristande stöd eller mobbning från överordnade och att ha fått erbjudanden om arbete utanför hälso- och sjukvården. Denna studie pekar således på att brister i ledning och arbetsmiljö ökar risken att akutläkare väljer att arbeta inom en annan specialitet eller i ett annat arbete.

2.3 Organisering av arbetet på akutmottagningar

Det finns få studier avseende hur organisation av arbetet på akutmottagningar påverkar läkares arbetssituation. Organisering efter lean principer inom hälso- och sjukvården har rönt ett ökande intresse och har implementerats med olika lean verktyg. Även i andra länder som USA och England tillämpas lean i hög utsträckning på akutmottagningar. Implementering av lean-processer ställer ofta krav på förändringar i resurser som bemanning, teknologi och kommunikation. Utmärkande för lean-orienterade rationaliseringar är att verksamheter blir mer strukturerade, med tydliga processer, rutiner och standards och att olika former av mätetal används för att följa upp effektiviteten (Hasselbladh m.fl. 2008; Westgaard & Winkel 2010). Hur dessa principer för ledning och styrning påverkar de anställdas arbetsvillkor och hälsa är emellertid oklart, såväl positiva som negativa konsekvenser har rapporterats (Westgaard & Winkel 2010).

Holden (2011) visade i en review artikel att väntetider och inneliggande tid för patienter minskade efter införande av lean, men att det saknas studier om hur arbetsmiljön för de anställda vid akutmottagningar påverkades av lean. Senare studier pekar på att implementering av lean inom hälso- och sjukvården kan ha positiva konsekvenser för arbetsbelastning och arbetsmiljö (Dellve m.fl. 2015; Eklund m.fl. 2016; Radnor m.fl. 2012), men även negativa konsekvenser (Stanton m.fl. 2014; Waring & Bishop 2010). Delvis kan skillnaderna bero på hur lean har implementerats i verksamheten och graden av delaktighet för de anställda i implementeringsarbetet.

I allmänhet implementeras lean verktyg, som t.ex. värdeflödesanalys, medan relativt lite görs för att möjliggöra strukturerad problemlösning som involverar ledning och frontlinjen (Mazzocato m.fl. 2012). I sin studie av implementering av lean på Astrid Lindgrens barnsjukhus fann Mazzocato m.fl. positiva effekter på flöde och processtid. Den lean implementering som infördes omfattade: A) parallella multi-professionella vård team och en förändring av de rumsliga förutsättningarna. En läkare gjorde i allmänhet den första bedömningen av patienten och informerade sköterskan om åtgärder. B) centraliserad ledning och kontroll av patientflödet. En specialist och en sjuksköterska var flödesledare och fördelade patienter till olika läkar-sköterska par. C) ökning av personal och seniora läkare som fungerade som mentor för mer oerfarna läkare. D) ändring av läkares arbetstider för att skapa överlappning mellan avgående och inkommande skift. E) nya roller som teammedlem och flödesledare formaliserades skriftligt. F) kontinuerlig utvärdering och förbättringsarbete. G) möte med ledningsgruppen varje månad, utvärdering och förbättringsförslag. Organisationsförändringen ledde till en reduktion av ledtider på 19-24 procent. Sayed m.fl. (2015) rapporterar liknande resultat i form av minskade ledtider efter införande av lean.

De tre distinkta faserna i akutmedicin, inflöde, vårdprocessen och utflöde utgör ramverket för arbetets förutsättningar på akutmottagningar och olika modeller har utvecklats för att effektivisera arbetet med bibehållen kvalitet i de tre faserna.

Arbetsbelastning och arbetsmiljö på akutmottagningar är beroende av hur inflödet av patienter organiseras. Hur inflödet organiseras baseras på beslut på politisk nivå. I Australien och Canada genomförs bland annat utveckling av särskilda primärvårdsmottagningar, utbyggd ambulansservice, särskilda skadeenheter, telefon triagesystem, walk-in centra i England, i USA finns vårdkoordinatorer och särskilda läkare anställda av försäkringsbolag (Wylie m.fl. 2015). För att på ett säkert sätt bedöma och prioritera angelägenhetsgraden i patienterna medicinska behov har sorteringssystem, triage, införts på de flesta akutmottagningar. Införandet av triage och nya flödesprocesser på svenska akutmottagningar har i flera fall varit inspirerat av lean, där de bärande principerna handlar om flödesorientering, reducering av onödiga arbetsmoment, ständigt förbättringsarbete samt alla medarbetares medverkan (SBU 2010). Enligt SBU används i huvudsak tre olika system för triage i Sverige, METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System), ADAPT (Adaptivt process-triage) och MTS (Manchester Traige Scale). I en systematisk litteraturöversikt konstaterar SBU (2010) att det saknas vetenskapligt underlag för att dra slutsatser om graden av samstämmighet mellan olika bedömares resultat (reproducerbarhet) liksom för att kunna bedöma deras tillförlitlighet i att förutsäga en klinisk händelse. Det finns också ett begränsat vetenskapligt underlag för skalornas säkerhet, patienter kan

inte hänvisas från akutmottagningen enbart på basen av triagenivå. Triage utförs av en person, ofta en sjuksköterska, eller av team. Teamtriage leder till att färre patienter lämnar akutmottagningen utan att ha fått medicinsk bedömning och medför kortare tid för patienten på akutmottagningen (SBU 2010). I praktiken tycks emellertid teamtriage inte alltid fungera beroende på organisatoriska hinder (Bejerot m.fl. 2016).

Hur själva vårdprocessen organiseras beslutas i allmänhet på lokal nivå och olika modeller, där läkare och sjuksköterskor har olika roller, arbetar i team, får stöd av assisterande professioner eller vårdkoordinatorer prövas i olika länder. Enligt Wylie m.fl. (2015) kan ett ”fast-track system” för patienter med mindre allvarliga besvär vara effektivt. Enligt SBUs systematiska litteraturöversikt innebär ”fast track” att färre patienter lämnar akutmottagningen utan att ha fått medicinsk bedömning och det medför kortare tid för patienten på akutmottagningen. Även andra åtgärder, t.ex. patientnära diagnostik, kan främja patientflödet på akutmottagningen.

Interprofessionellt teamarbete, det vill säga att olika professioner arbetar tillsammans, lär tillsammans, och ibland har professionsöverskridande arbetsuppgifter, är betydelsefullt för en effektiv och säker vårdprocess (Courtenay m.fl. 2013). Välfungerande team beskrivs ha en gemensam ”mental modell”, vilket innebär att man känner till varandras roller och ansvar och kan förutsäga andra teammedlemmars behov, och man har en hög grad av adaptiv förmåga. Hög personalomsättning innebär att dessa basala förutsättningar inte uppfylls lika väl som i ett erfaret team. Ett bra ledarskap i ett team karakteriseras av att ledaren koordinerar teammedlemmarna och fattar beslut i samarbete med dem. Bristande kvalitet i teamarbetet har i flera studier visats ha starka samband med utmattningssymtom hos akutläkare och har även samband med viljan att lämna yrket (Estryn-Behar m.fl. 2011).

Ett väl organiserat utflöde från akutmottagningar till andra kliniker eller till vård eller uppföljning utanför sjukhuset är en viktig förutsättning för att minska stressen på akut-mottagningar. Med överbelagda vårdavdelningar uppkommer fördröjningar vid inläggning av patienter från akutmottagningen – ibland med flera timmar. Fenomenet är detsamma över hela världen och benämns i anglosaxisk litteratur för ”access block” (SBU 2010). De problem som uppstår i samband med utflödet beror dels på hur arbetet är organiserat på akutmottagningen, vem som har ansvar för utflödet, men också på mottagande enhet eller aktör och deras kriterier för sitt inflöde av patienter. Flödet på akutmottagningar är således beroende av hur omgivande aktörer har organiserat sitt arbete, liksom av hur hela sjukvårdssystemet är organiserat (Nugus m.fl. 2011). Organiseringen av vem som utför

utflödesarbetet har betydelse för arbetsmiljön på akutmottagningar och vilka förutsättningar akutläkare har för att utföra sitt arbete.

2.4 Arbetsmiljön på akutmottagningar

Akutmottagningar är att komplext system där patientflödet är en central fråga. Internationell forskning om arbetsmiljön på akutmottagningar, sammanställd i en review artikel (Johnston m fl 2016), visar en nästan dikotom bild. Akutmottagningar är en klinisk arena belastad med stressorer, men karakteriseras också av att vara en spännande och utmanande miljö. Höga nivåer på personalomsättning, utbrändhet och post-traumatiska stressyndrom har rapporterats i litteraturen. Anställda vid akutmottagningar rapporterar högre nivåer på stress än inom andra kliniska områden. Trots detta uppfattar anställda vid akutmottagningar sig som en unik population med högre autonomi och krav på skicklighet jämfört med andra kliniska specialiteter och man anser sig ha bättre teamarbete och kommunikation, faktorer som bidrar till att hantera stress. Längre erfarenhet har samband med att man upplever stress i lägre grad. Detta kan i och för sig vara ett resultat av en selektionsprocess där personer som utvecklar större klinisk kompetens, identifierar sig med rollen och upplever trygghet i arbetet, stannar kvar, medan andra lämnar akutkliniken. De arbetsrelaterade faktorer som identifierades som riskfaktorer för stress och som tycks vara mer eller mindre universella är: 1) ledarskap och feedback, läkare tycks få mindre stöd än sjuksköterskor; 2) överbelastning, oftast relaterat till underbemanning och tidspress. Antal arbetstimmar bidrar också till stress; 3) emotionell påfrestning och utarmning, liksom konflikt mellan arbete-familj och bristande kontroll över sin arbetstid (ibid.). Härutöver rapporteras också stress till följd av våld och hot, som är vanligt förekommande. Bellagamba m.fl. (2015) fann i en tvärsnittsstudie samband mellan upplevelse av hög arbetsbelastning och arbete minst två veckoslut per månad, arbete där man ständigt var ”on-call”, samt otillräckliga möjligheter till pauser mellan arbetspass. Hög arbetsbelastning hade samband med otillräcklig bemanning, brist på regelbundna möten och otillräcklig tid för att överlämna mellan olika arbetsgrupper/skift. Dessa faktorer har samband med ekonomiska och organisatoriska nedskärningar och leder till att kommunikationen och stöd från överordnade sviktar. I en fransk studie fann Estryn-Behar m.fl (2011) att akutläkare uppgav lägre inflytande över arbetet, höga kvantitativa krav och spända relationer med administrationen jämfört med andra läkargrupper. Konflikter mellan familj-arbete och bristande kvalitet i teamarbetet utgjorde de största riskerna för utmattningssyndrom i denna studie.

I en studie i Sverige fokuserades på stress som kan uppkomma vid organisatoriska förändringar och risken för spänningar mellan den professionella rollen, läkarens identitet och självuppfattning. Den professionella rollen avgränsar vad som kan förväntas av individen i sin professionella roll, och vad som inte kan förväntas under normala omständigheter, dvs. befattningens sidouppgifter, till skillnad från kärnuppgifterna. Sidouppgifterna kallas i detta sammanhang onödiga och oskäliga arbetsuppgifter. Onödiga uppgifter är sådana som inte skulle behöva göras om arbetet organiserades annorlunda, oskäliga uppgifter är de som står utanför yrkesrollen och skulle kunna göras av någon annan. Aronsson m.fl. (2012) fann i ett urval av alla läkarkategorier att risken för utmattning femfaldigades för dem som upplevde sig ofta ha uppgifter som var oskäliga. Relaterat till detta är multitasking, dvs. att man blir avbruten i en uppgift och måste byta till en annan, som är vanligt på akutmottagningar. Chisholm m.fl (2000) visade att under ett kliniskt pass blev läkaren avbruten i genomsnitt 31 gånger under 180 minuter. En avbruten uppgift blev mer sällan slutförd jämfört med om man fick arbeta utan avbrott. Berg m.fl. (2016) fann emellertid i en intervjustudie att hur ett avbrott uppfattas av läkaren beror på situationen. Om avbrottet innebär information som har betydelse för uppgiften var det positivt, medan avbrott under stressande förhållanden, t.ex. många patienter, var frustrerande. Walter m.fl. (2014) rapporterar att läkarna tenderar att prioritera vissa uppgifter över andra i multitasking situationer för att bibehålla kvalitet och effektivitet. Sannolikt har erfarna läkare större möjlighet att hantera multitasking på detta sätt, och därmed hantera stressande situationer.

Upplevelse av stress, har utöver konsekvenser för individen, även konsekvenser för arbetets kvalitet. Stress har rapporterats leda till lägre följsamhet till kliniska riktlinjer, fler felaktiga beslut, en ökad andel risksituationer i form av felaktig diagnostik och behandling, minskad tillfredsställelse hos patienter och hos personal, samt ineffektiv användning av resurser (Campbell & Sinclair 2004; Estryn-Behar et al 2010; Hendrie et al 2007).

Sammanfattningsvis karakteriseras arbetssituationen för läkare på akutmottagningar av frekventa jourpass, högt patienttryck, täta patientkontakter under en kort och begränsad tid, krav på snabb prioritering, diagnostik, terapeutiska beslut och handläggningsbeslut i mycket varierande sjukdomsfall. Arbetet ställer krav på kontakter och samarbete med många medarbetare i olika professioner på och utanför akutkliniken och förhandlingar med andra kliniker eller verksamheter om patientplatser. Överbelastning orsakas delvis av organisatoriska problem, delvis av att patientflödet och allvarlighetsgraden i patienternas besvär inte kan förutsägas. Överbelastning på en akutmottagning orsakas även av yttre faktorer som att många patienter upplevs som ”onödiga” och istället skulle ha kunnat konsultera primärvård eller sjukvårdsupplysning, att akutläkare har svårt att hitta säng-

platser för patienter som behöver läggas in, vilket leder till överbeläggning på akutkliniken samt att bemanningen inte är planerad efter naturliga toppar och dalar i patientinflödet.

2.5 Interventioner för att förbätta arbetsförhållanden

Hälsofrämjande arbetsorganisation har under senare år fått en ökande uppmärksamhet. Traditionellt har hälsofrämjande arbetsplats varit i fokus, med en begränsning till fysiska och psykosociala arbetsvillkor och deras betydelse för den anställdes hälsa. Flera studier pekar på att möjligheter till kontinuerlig utveckling och karriär, ett gott socialt klimat och goda relationer på arbetsplatsen, kommunikation och socialt stöd är betydelsefullt för en hälsofrämjande organisation. Empiriska samband har visats mellan ett gott lärandeklimat på arbetsplatsen och minskad stress och ökad motivation (Morrisson m.fl. 2005; Rau 2006). Ur ett stressteoretiskt perspektiv tolkas dessa samband som att resurser i arbetet förebygger stressrelaterad utarmning av energi och ger möjlighet till personlig utveckling och lärande och därmed bättre förmåga att möta och hantera nya arbetskrav (van Ruysseveldt m.fl. 2011). Utifrån ett hälso-teoretiskt perspektiv definierar Nutbeam (1998) hälsofrämjande som en aktivitet som främjar de anställdas möjligheter och förmåga att individuellt eller kollektivt utöva inflytande över viktiga förutsättningar för sin hälsa. Nutbeam ser således hälsopromotion som aktiviteter som grundas i att arbetsplatsen ger förutsättningar som understödjer delaktighet och möjlighet att lära i det dagliga arbetet. Denna hälsopromotiva teori ligger mycket nära teorier om arbetsplatslärande, och ger vägledning i hur förutsättningar för hälsopromotiva (lär)miljöer skapas i organisationer, vilket är en central och nödvändig förutsättning för organisationens utvecklingsarbete (Gustavsson & Ekberg, 2015).

Mycket få studier beskriver faktiska interventioner för att förbättra arbetsmiljön på akutmottagningar och dessa tycks främst ha inriktats på att främja de anställdas förmåga att hantera stress. Som betydelsefullt för en bättre arbetsmiljö uppger anställda inom akutmottagningar dock andra faktorer än den egna förmågan att hantera stress som väsentliga, ofta teamarbete, kollegialitet, respekt för multidisciplinär expertis, samt positivt socialt och professionellt stöd. Relationer och social kapital på arbetsplatsen tycks således vara avgörande för medarbetarnas förmåga att hantera den periodvis höga arbetsbelastningen på akutmottagningar. Ledarskapet och organiseringen av arbetet och arbetsuppgifterna skapar förutsättningarna för detta. Aktions- och interaktivt inriktade interventionsmodeller där alla är delaktiga tycks kunna bidra till utveckling och implementering av förändringar (Curtis m.fl. 2006; Aagaard Nielsen & Svensson 2006).

Med nya organisationsformer blir ett fungerande teamarbete centralt. Effektivt teamarbete är en förutsättning för att arbete vid akutmottagningar skall fungera. Träning i teamarbete ingår emellertid mindre ofta i utbildning av akutläkare eller sköterskor. Utveckling av förmåga till teamarbete kan därför ses som en betydelsefull intervention. I en Australiensisk studie (Carne m.fl. 2011) beskrivs vilka centrala principer som krävs, och som man utbildar akutläkare i: 1) lär känna din miljö, t.ex. var utrustning finns och vilka personer som kan olika uppgifter; 2) förutse och planera, utveckla en mental modell tillsammans med teamet; 3) ledarskap och rolltydlighet; 4) effektiv kommunikation; 5) kriterier för att kalla på hjälp tidigt; 6) fördela uppmärksamheten i krissituationer på alla relevanta aspekter; och 7) fördela/delegera arbetsuppgifter, seniora kliniker följer och stödjer teammedlemmarna. De refererade studierna pekar på att en akutmottagning måste ses som en komponent i ett större system, men också att akutmottagningen är ett system i sig.

Sammanfattningsvis; hur arbetet på akutmottagningar organiseras har betydelse för arbetsmiljön och för om processer och flöden möjliggör för läkarna att utföra sitt arbete på ett säkert och effektivt sätt. Interventioner för att förbättra arbetsförhållanden kan därför inte begränsas till enskilda faktorer.

3 Metod

Initiativet till detta forskningsprojekt togs av den dåvarande läkarchefen vid en av akutmottagningarna som deltar i studien. Läkarchefen kontaktade forskarna, och forskningsarbetet planerades gemensamt efter kunskapsbehovet att förstå hur arbetsmiljön och arbetsvillkoren ser ut för den nya akutläkaren, och viljan att stanna kvar i arbetet på akutmottagningen. Forsknings- och utvecklingsprojektet har utgått från en interaktiv forskningsansats som bygger på arbetsplatsnära forskning med gemensam kunskapsbildning mellan forskare och praktiker. Praktikerna själva har ansvaret, men stöds av forskares analys och återkoppling av resultat som kan nyttjas för att utveckla verksamheter (Aagaard Nielsen & Svensson 2006). Studien omfattas av två delstudier: en intervjustudie och en enkätstudie.

3.1 Intervjustudien

Totalt 14 läkare intervjuades och 4 sjuksköterskor. De 4 sjuksköterskeintervjuerna ingår inte i redovisningen i denna rapport. Av de 14 läkarna är 7 ST-läkare i akutsjukvård som har sin tjänst placerad på akutmottagningen. De 7 andra läkarna är specialister eller ST-läkare i internmedicin (6 st) eller kirurgi (1st). Fem av dessa läkare har delad tjänst mellan akutmottagningen och annan klinik (medicin eller kirurg), medan 2 är stationerade på akutmottagningen. Intervjuerna genomfördes vid akutmottagningar i Östergötland (Linköpings Universitetssjukhus, Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Lasarettet i Motala) och i Stockholms området (Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge). De intervjuade läkarna arbetar dag, kväll och natt. ST-läkarna i akutsjukvård ingår ofta i akutmottagningens rullande schema och därför har de inte någon jourkomp. Läkare som tillhör annan klinik och har delad tjänst arbetar dagtid på akutmottagningen och har ofta sina jourpass förlagd till den klinik de tillhör.

Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från särskilda teman som följdes upp och fördjupades under intervjuns gång. Intervjuerna hade följande teman:

- Bakgrundsfrågor
- Arbetet och organisationen
- Förändringar i Akutklinikens verksamhet
- Arbetssituationen på akuten
- Samarbete och relationer

Intervjuerna genomfördes av två av forskarna i projektet. Intervjuerna spelades in och transkriberades så ordagrant som möjligt i sin helhet. Intervjuutskrifterna är grunden för den kvalitativa innehållsanalysen. Vi började analysarbetet med att läsa igenom intervjuerna för att skaffa oss en helhetsbild av intervjumaterialet. I det fortsatta analysarbetet har vi därefter sökt efter mönster som framstå som likheter och skillnader i det empiriska materialet. Likheterna ger en bild av den nya akutläkaren som arbetar på akutmottagningar. De skillnader som varit särskilt framträdande är de mellan sjukhusen som kan relateras till att en ny arbets- och organisationsstruktur införs på akutmottagningarna. Vid studiens genomförande hade en del sjukhus inte alls eller delvis bemannat sina akutmottagningar med akutläkare, medan andra helt och hållet infört akutläkare på sina akutmottagningar. Skillnader har också avsett skillnader mellan akutläkare och läkare som har delad tjänst mellan akutmottagningen och annan klinik, men även skillnader mellan ST-läkare och specialistläkare i akutsjukvård. Intervjustudien tjänade också som underlag för att utveckla ett frågeformulär som utgick från en enkät som utvecklats av Eva Bejerot med flera i en AFA-finansierad studie av läkares arbetsvillkor[1].

3.2 Enkätstudien

Enkäten skickade ut våren 2014 som webbenkät till 286 läkare som arbetar på akutmottagningar vid 15 sjukhus från norr till söder i Sverige[2]. Kriteriet för urval av läkare var att större delen av deras arbetstid skulle vara förlagd till akutmottagningen. AT-läkare och andra läkare som tillfälligt arbetar på akuten deltar inte i enkätstudien. Enkäten besvarades av 147 läkare (51%) som huvudsakligen arbetar på akuten (se tabell 1).

[1] Forskningsprojektet ”Läkares arbetsvillkor – arbetstider, arbetsorganisation, återhämtning och kunskapsutveckling” syftade till att ge kunskap om läkares arbetsvillkor. Projektet genomfördes vid Psykologiska institutionen och Stressforskningsinstitutet vid Stockholms universitet. AFA Försäkring och Sveriges läkarförbund var finansiärer. Denna enkät utvecklades i samarbete med Arbetslivsgruppen vid Sveriges läkarförbund.

[2] De 15 sjukhus som valt att delta i projektet är (i bokstavsordning): Akademiska sjukhuset Uppsala, Hallands sjukhus Varberg, Helsingborgs lasarett, Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand, Mälarsjukhuset Eskilstuna, Norrlands universitetssjukhus i Umeå, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skånes universitetssjukhus i Lund, Skånes universitetssjukhus i Malmö, Södersjukhuset, Södra Älvsborgssjukhus i Borås, Universitetssjukhuset i Linköping, Universitetssjukhuset Örebro och Vrinnevisjukhuset i Norrköping.

Tabell 1. Läkarnas bakgrund ST-läkare eller specialist, samt fördelning mellan läkare med specialiteten akutsjukvård och läkare med annan medicinsk inriktning.

Akutsjukvård (n=116)		Annan inriktning (n=27)	
ST-läkare	Specialist/överläkare	ST-läkare	Specialist/överläkare
66% (76 st)	34% (40 st)	48% (13 st)	52% (14 st)

Av tabell 1 framgår att de flesta av läkarna som besvarade enkäten är ST-läkare eller specialister i akutsjukvård. Det råder en jämn könsfördelning, 48% är kvinnor och 52 % är män av läkarna. 71% är födda i Sverige och resten är födda i ett nordiskt eller utom nordiskt land. 57 % av läkarna har arbetat 6 eller fler år som legitimerad läkare.

Enkäten omfattade frågor med fasta svarsalternativ som besvarades på en två- till fem-gradig skala, samt öppna frågor. Enkäten hade följande frågeområden:

- Bakgrundsfrågor
- Hälsa och välbefinnande
- Arbetets styrning och organisering
- Arbetsmiljön
- Läkares arbetsuppgifter
- Arbetstider på akuten
- Lärande och kompetensutveckling
- Organisationsförändring och inflytande
- Läkarspecialiteten akutsjukvård

Enkätmaterialet bearbetades i statistikprogrammet SPSS, version 22. Materialet analyserades med hjälp av deskriptiv statistik (frekvens- och procentfördelningar) som ger en beskrivning av hur läkare, som i huvudsak har sin anställning på akutmottagningen vid de 15 sjukhusen, beskriver och uppfattar sina arbetsvillkor, sin hälsa och vilja att stanna. För att besvara frågan vilka arbetsvillkor som är mest betydelsefulla för läkares hälsa och vilja att stanna kvar på akutmottagningen har logistisk regressionsanalys används. De utfallsmått vi använder, hälsa (markörer för ohälsa: arbetsrelaterad anspänning/utmattning och trötthet) och vilja att stanna (funderat på att byta klinik), har dikotomiserats vid medianen, dvs. har två värden ”ja” eller ”nej” för att predicera sannolikheten för vilka av arbetsvillkoren som har betydelse för hälsa eller vilja att stanna. Vi har valt att närmare analysera följande arbetsvillkor: lean, ledarskap, krav i arbetet, arbetsklimat, tydlighet/ struktur i arbetet och illegitima arbetsuppgifter (onödiga/oskäliga). Vi har justerar för bakgrundsfaktorerna ålder och kön, samt för sjukhus. Skillnaderna mellan sjukhusen är dock stora och därför har vi valt att inte ta med sjukhus i de tabeller vi redovisar i kapitel 13. Resultatet i en logistisk regressionsanalys uttrycks i odds kvoter (odds ratio). En

oddskvot med värde över 1 innebär att oddset (chansen) eller sannolikheten ökar för att en ”händelse” ska inträffa, medan ett värde under 1 minskar sannolikheten. Är oddset 1 har den oberoende variabeln ingen effekt. Ett 95%-igt konfidensintervall valdes, vilket innebär att sannolikheten är 95% att den uppmäta oddskvoten ligger inom denna gräns. Öppna svar i enkäten analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Redovisningen av resultatet baseras på både enkät- och intervjustudien och resultaten blandas i den löpande i texten. Läkares uppfattningar redovisas och jämförs löpande i texten med hjälp av figurer, tabeller och citat som illustrerar specifika svar. Skillnader redovisas på ett sådant sätt att inga enskilda akutmottagningar kan identifieras. En stor variation finns mellan sjukhusen, men vi har valt att fånga en övergripande bild av hur det är att arbeta som läkare på en akutmottagning.

3.3 Återkoppling och spridning av resultatet

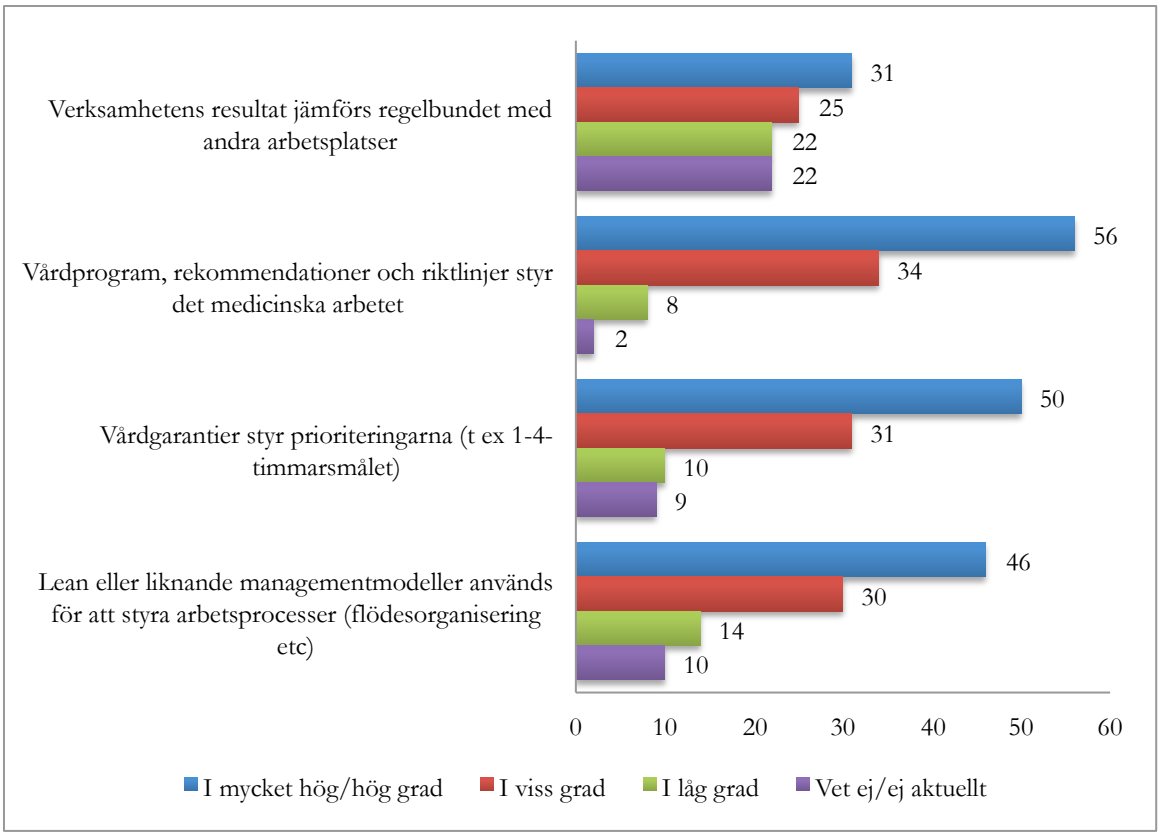
Forskarna har erbjudit återkoppling av resultatet till samtliga deltagande akutmottagningars klinikledningar på de 15 sjukhusen. Vid resultatåterkopplingarna har den bild som framträder i materialet avseende den nya läkarprofessionen akutläkare och akutmottagningars arbetsvillkor bekräftats och kommenterats av klinikledningarna, likaså har skillnader mellan sjukhusen förklarats, dvs. ”varför resultatet skiljer sig mellan sjukhusen”. Den diskussion som följde vid resultatpresentationen i ledningsgrupperna har spelats in och följts upp. Några av klinikledningarna har dock av olika anledningar avböjt en resultatåterkoppling. Resultaten från studien har även presenterats vid två konferenser eller nätverksträffar för akutsjukvård. Dels mars 2015 vid Swedish Emergency Medicine Talks (SWEET), det nationella mötet för Svensk Förening för Akutsjukvård. Dels maj 2016 vid Swedish Society for Emergency Medicine (SWESEM), Svensk Förening för Akutsjukvård där fokus var på arbetsmiljö och ett hållbart arbetsliv för akutläkare.

3.4 Etiska överväganden

Alla deltagare har blivit informerade om studiens syfte och fått information om att de när som helst utan förklaring kan avbryta sin medverkan. De 15 sjukhusen som deltar i enkätstudien har avidentifierats i resultatredovisningen, likaså har citat från intervjuer med läkare redovisats på ett sådan sätt att det inte framgår var läkaren arbetar. Projektet har godkänts av den Regionala etikprövningsnämnden i Linköping.

4 Arbetets styrning och organisering

På akutmottagningarna används olika styrformer och det varierar mellan de 15 sjukhusen som deltar i studien. I figur 1 ges en sammanfattande bild av vad som styr arbetet på akutmottagningar.



Figur 1. Styrformer som används på akuten.

Av figur 1 framgår att det medicinska arbetet styrs i hög grad av vårdprogram och andra riktlinjer. Prioriteringar i arbetet styrs i hög grad av vårdgarantier. Lean eller andra managementmodeller används i hög grad för att styra arbetsprocesser. I intervjuerna uttrycker läkarna att principer för styrning genomsyrar akutens verksamhet för att nå effektivitetsmålet – helt enkelt ett snabbare patientflöde. I verksamheten utvecklas flödesprocesser enligt lean principer, rutiner stramas upp med hjälp av checklistor, mallar och styrdokument, t.ex. vårdprogram, samt att mer strukturerande arbetssätt i riktning mot teamorganisering implementeras. Läkare beskriver att de styrs av det politiska målet 1-4-timmarsmålet som mäter ledtider i patientflödet, dvs. att patienten ska träffa en läkare inom en timme och lämnat akutmottagningen efter fyra timmar. Flera läkare uppfattar 1-4-timmarsmålet som en godtycklig siffra utan evidens. De menar att det är ett mål som

inte kan uppnås för förutsättningarna att nå målet är bristfälliga. Uppfattningen bland läkarna är att det är för mycket ekonomistyrning utan fokus på patienten eller vårdens kvalitet, och lean uppfattas som mindre bra för patienten. Ett av de deltagande sjukhusen ligger i framkant när det gäller implementering av lean. En del av läkarna har relativt goda erfarenheter av lean, men lean kan även komma i konflikt med den professionella identiteten.

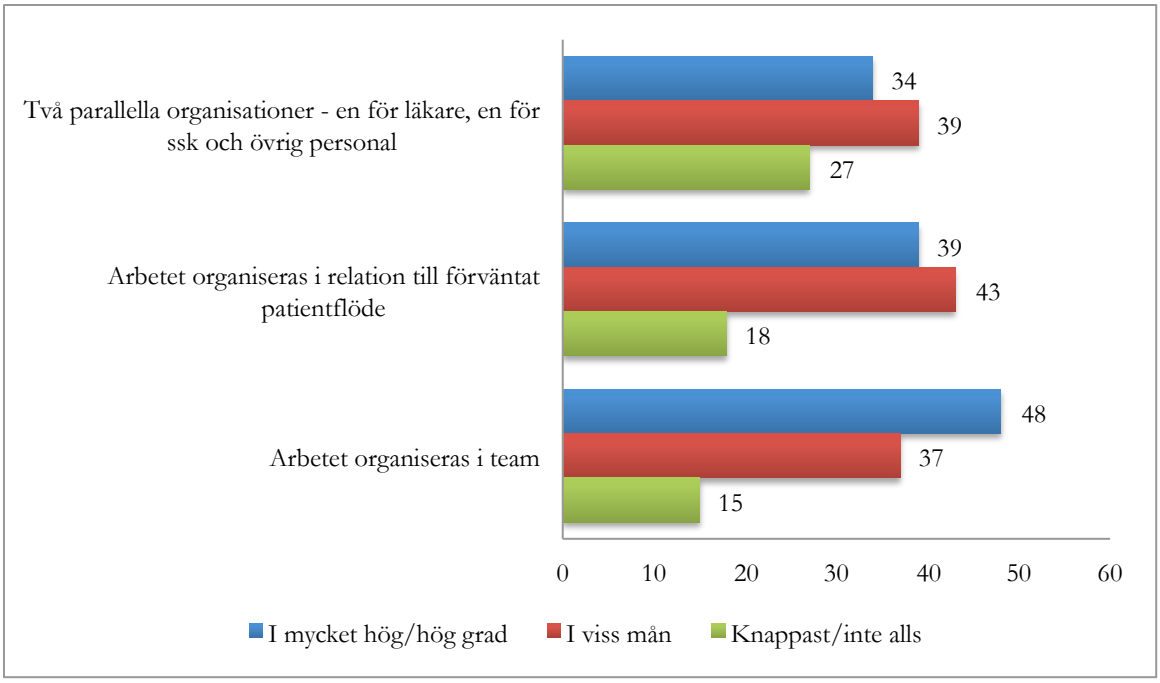
> *Vi är väldigt styrda, alltså Lean är ju väldigt implementerat i vårt arbetssätt i och med att vi tillsammans så fort som möjligt ska titta på patienten och göra den här gemensamma planen så kan vi snabbt också processa patienten och därmed avsluta den fort för det är också viktigt att vi har läkarbedömning inom en timma och patienten ska vara klar på akutmottagningen inom fyra timmar, det är de målen som ger ekonomi för akutmottagningen. Och det ligger naturligtvis i vårt intresse att snabbt processa patienterna för att annars så bara fyller de på sig här och då blir det kaos och det vill vi inte ha så att vi vill ju snabbt processa patienterna. Däremot eftersom Lean är väldigt viktigt och tiderna är väldigt viktiga eftersom dom ger en ekonomisk ersättning till akutmottagningen så betonas de så mycket att det i alla fall jag upplever och en del av mina läkar-kollegor att man inte diskuterar innehållet och kvalitén och vad vi gör, eftersom produktionstakten är så viktig så är det andra får inte riktigt, den diskussionen får inte riktigt plats just nu utan Lean blir det så mycket Lean och jag har varit en stor förespråkare för Lean och jag tror på det men jag tror att man måste, det är min personliga åsikt, jag tror att det inte går att ta ett sätt att bygga bilar och applicera det på sjukvård rakt av, jag tror inte det är en bra lösning/…/man känner sig lojal mot sitt åtagande gentemot patienten, så ger ju det en konflikt att jag har utbildat mig för att ta hand om patienter men här så processar vi... jag tror att man kan känna sig lite avprofessionaliserad... speciellt om allting är väldigt styrt, och man i princip förenklar och standardiserar och det är klart att vi ska göra mycket sånt men den medicinska bedömningen, alltså helhetsbedömningen av patienten, den reduceras och det är mycket det som min utbildning bygger på att jag ska kunna göra den här helhetsbedömningen. Det är en konflikt mellan … vi har jobbat i en kvalitetskultur, läkare har varit lite egensinniga men dom har alltid tyckt att dom har gett bra kvalité till patienten liksom att det är det som har varit fokus. Nu är vi på väg in i en kvalitetssäkringskultur och standardisering och det är ju naturligtvis ett jättestort skifte för vården men frågan är alltså bara man inte går för långt. (ST-läkare akutsjukvård)*

Hur verksamheten styrs inverkar på hur arbetet är organiserat. Organiseringen av arbetet är komplex, och den skiljer sig väsentligt mellan akutmottagningarna. Av intervjuerna med läkarna framgår att arbetet organiseras åtminstone på tre olika sätt, nämligen:

- Två parallella organisationer en för läkare respektive en för sjuksköterskor och undersköterskor.
- En sammanhållen organisation för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.
- Blandning av punkt 1 och 2 ovan för olika delar av verksamheten.

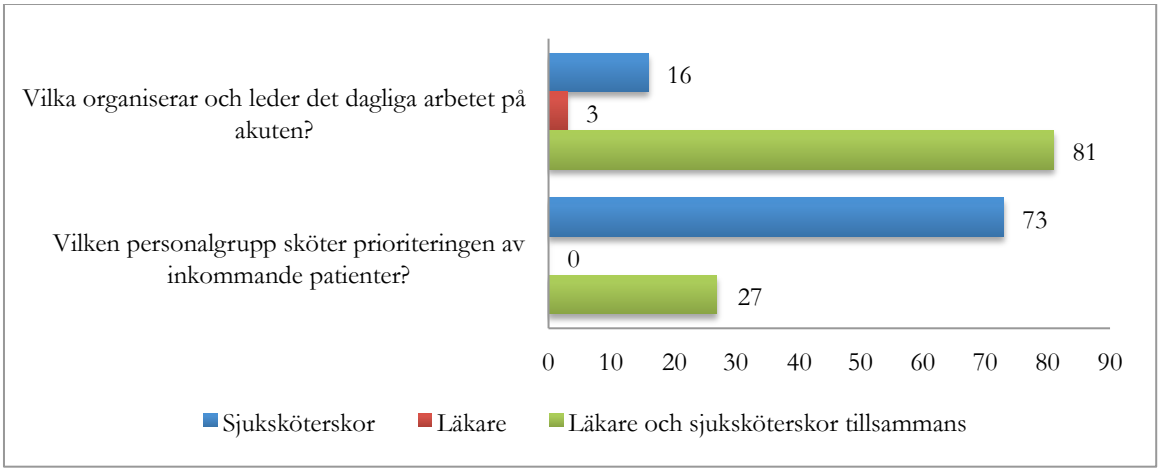
Enkätdata visar att två parallella organisationer är vanligt förekommande (se figur 2). De intervjuade läkarna beskriver att när akutmottagningen har två parallella organisationer, en för läkare respektive en för sjuksköterskor och undersköterskor, är yrkeskategorierna uppdelade och de har skilda ledningsstrukturer. Det innebär att läkare respektive sjuksköterskor och undersköterskor har skilda chefer. Läkarna har en läkarchef (akutchef) som är ansvarig för läkarna som bemannar akutmottagningen. En del av läkarna har delad tjänst mellan akutmottagningen och annan klinik som de tillhör. Eller så kommer de någon vecka då och då till akuten och bemannar då en specifik linje t.ex. internmedicin, kirurg eller ortopedi en s.k. traditionell linjeorganisation. Ibland bemannar de en medicinsk eller kirurgisk akutmottagning då det finns flera akutmottagningar som är parallellt organiserade inom en akutvårdsenhet. På något sjukhus bemannar hyrläkare akutmottagningen nätter och helger. Liksom läkarna har sjuksköterskorna och undersköterskorna egna chefer, ofta flera sjuksköterskechefer fördelade på olika verksamhetsdelar, t.ex. en medicinakut, eller linjer för kirurg och ortopedi. Till skillnad från läkarna är dessa personalgrupper alltid stationerade på akutmottagningen.

Det tycks vara mindre vanligt med *en* organisation för all personal. Uppfattningen bland de intervjuade läkarna är att arbetsorganisationen utformas beroende på tillgången på antal akutläkare, som är stationerade på akutmottagningen och jobbar linjelöst, i förhållande till antal läkare som jobbar enligt den traditionella linjeorganisationsmodellen. På ett av sjukhusen i studien som anställt flest akutläkare (ST-läkare) har en implementering mot en organisation för samtlig vårdpersonal skett. Akutläkargruppen är då anställd och stationerad på akutmottagningen. Dessa akutläkare har samma verksamhetschef och arbetstider som övrig vårdpersonal.



Figur 2. Arbetets organisering på akutmottagningen.

Enkätdata visar att arbetet organiseras i relation till förväntat patientflöde (figur 2) och att det dagliga arbetet organiseras och leds tillsammans av läkare och sjuksköterskor (figur 3).



Figur 3. Personalgrupp som sköter prioritering av patienter och organiserar arbetet på akuten.

Av intervjuerna framgår att samtliga akutmottagningar har ett ledningsteam bestående av en ledningsansvarig läkare och en ledningsansvarig sjuksköterska som har till uppgift att dirigera patientflödet genom akutmottagningen, dvs. se till att patienterna i rätt ordning kommer till rätt doktor eller rätt team, via triage och läkarbedömning. Den lednings-ansvarige läkaren (även kallad flödesläkare) har det övergripande medicinska ansvaret för

akutmottagningens verksamhet. Enkätdata visar att organisering i team är vanligt förekommande (figur 2). Teamarbete ges dock olika innebörd. De intervjuade läkarnas beskrivningarna varierar från att de har en ”riktig” teamorganisering till att läkarna ”jobbar ihop” med en sjuksköterska och/eller undersköterska. De som har en team-organisering men även de som försöker jobba”tätt ihop i team” menar att läkare, sjuksköterska och/eller undersköterska är inne hos patienten samtidigt för få höra samma sjukdomsbeskrivning av patienten.

Triage används i hög utsträckning för att sortera och prioritera inkommande patienter och det är främst sjuksköterskor som triagerar patienter på akutmottagningarna (figur 3). Av intervjuerna framgår att ledningsläkaren har ett tätt samarbete med triaget och triagesköterskan, som i sin tur rapporterar över till teamen eller behandlande läkare. Ledningsläkaren har även en ständig kommunikation med teamen, och läkaren i teamen kan få stöttning av ledningsläkaren. Triageringen skiftar dock beroende på patientflödet och hur arbetet organiseras på akutmottagningen vilket en läkare beskriver i en av de öppna frågorna i enkäten:

> *Det varierar gällande triagering beroende på patientflödet och vilken akutmottagning man jobbar på. I det ideala fallet ska läkare och sjuksköterska teamtriagera men fungerar bara vid lågt flöde av patienter. Vid högt flöde triagering av sjuksköterka. Bättre med triageläkare som då kan triagera bort patienter som kanske kan vänta eller söka primärvården.*

Av tabell 2 framgår att de faktorer som försvårar arbetets organisering är betydligt fler än de underlättande faktorerna. Av läkarintervjuerna framgår att arbetets organisering underlättas när akutläkare bemannar akutmottagningen eftersom de arbetar ”linjelöst” och kan ta vilken patient som helst oavsett sjukdomsbild. Att arbeta med mer erfarna både läkare och sjuksköterskor och att det finns en gemensam förståelse för att de har ett delat ansvar för patienterna är något som också underlättar arbetets organisering. Det som försvårar organiseringen av arbetet är bland annat hög personalomsättning, sjuksköterske-brist, oerfarna läkare, läkare som inte vill jobba i team, revirbevakning mellan akutläkare och etablerade läkarspecialiteter och brist på undersökningsrum.

Tabell 2. Faktorer som underlättar respektive försvårar arbetets organisering enligt läkarna.

Underlättande faktorer	Försvårande faktorer
• Med akutläkare som arbetar linjelöst, blir det en jämnare patienttillströmning och resurser nyttjas bättre. • Att arbeta med erfaren, kompetent personal (erfarna är en trygghet för mindre erfarna) • Ömsesidig förståelse för det delade ansvar läkare och sjuksköterskor har för patienten.	• Hög personalomsättning • Bristfälliga förutsättningarna för teamarbete, teamarbete kräver en viss grundbemanning, ej optimalt arbetssätt vid sjuksköterskebrist. • Oerfarna läkare som inte kan fatta snabba beslut, teamen får bristande kapacitet • Läkare från andra kliniker vill jobba självständigt, ej i team. • Revirbevakning – akutläkare slåss mot gamla strukturer och etablerade läkarspecialiteter som bevakar sina intressen. • Otydlig organisering av arbetet, ”det bara flyter och vem som bestämmer är obegripligt” • Två separata organisationer, en för läkare, en för sjuksköterskor, med parallellt chefskap • Turf-gränsen flyttas till mellan akuten och klinikerna. Turfing=att övertyga en specialitet om att den här patienten är mer lämpad för dennes avdelning än min egen. • Ökande patienttillströmning • Få undersökningsrum • Få vårdplatser, svårt att lägga in patienter

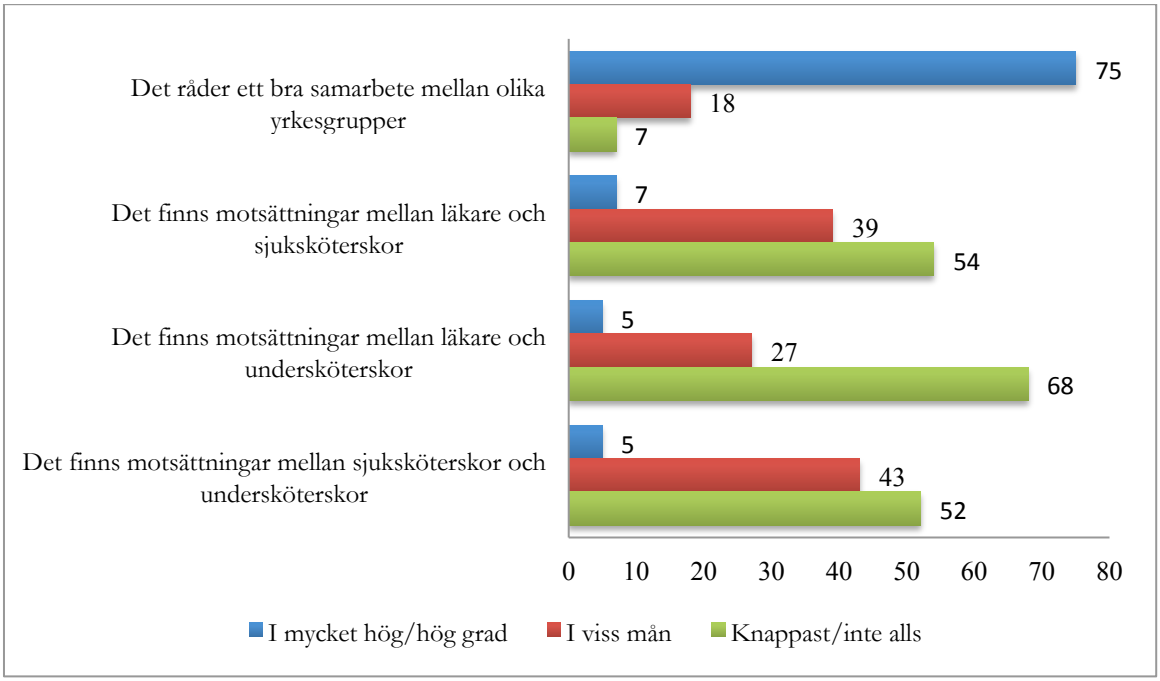
Införande av den nya yrkesgruppen akutläkare har dock inte skett på alla akut-mottagningar. Detta kan förklara en del av svårigheterna kring uppfattningen om arbetets organisering som t.ex. att alla läkare inte vill jobba i team och revirbevakning mellan olika läkarspecialiteter.

> *Vi har tankar om akutläkare men det krävs ju också en ganska konkret plan. Hur når vi dit? Och där jobbar vi ju i klinikledningen aktivt med det, men där har vi inte kommit hela vägen hur vi vill= Vi tar små steg. Vi tar de första stegen hur vi ska konsolidera verksamheten, ta över lite mer, få det att fungera bättre men där krävs nog en tioårsplan hur vi ska successivt organisera oss för att kunna införa ett akutläkarsystem om kliniken bestämmer att det är det som är målet. (Överläkare, medicinsk akutvårdsverksamhet)*

De 15 sjukhusen skiljer sig markant åt när det gäller införande av ett akutläkarsystem. På en del sjukhus bemannas akuten helt eller delvis av akutläkare, samtidigt finns det klinikledningar som är i planeringsstadiet av att införa ett akutläkarsystem.

5 Olika yrkesgruppers samarbete på akuten

Av både intervju- och enkätdata (figur 4) framgår att det allmänt sett råder ett bra samarbete mellan olika yrkesgrupper på akuten.



Figur 4. Samarbete mellan olika yrkeskategorier.

Trots att samarbetet är bra indikerar enkätdata att det i viss mån finns motsättningar framför allt mellan läkare och sjuksköterskor, samt sjuksköterskor och undersköterskor. I läkarintervjuerna kommer det fram att det finns konflikter mellan yrkesgrupperna som relateras till vem som organiserar och bestämmer arbetssättet. Som flera av de intervjuade läkarna uttrycker är akutmottagningen sjuksköterskornas arena. Läkarna menar att sjuksköterskor som är chefer eller teamledare är en stark grupp på akutmottagningen. Läkarna har lite kontakt med chefssköterskorna och därmed har de även lite makt över arbetets organisering på akutmottagningen. De intervjuade akutläkarna menar att läkare som tar enstaka pass kan uppleva att det är sjuksköterskornas hemmamiljö. Det är enklare om läkaren är stationerad på akutmottagningen eller är där ofta för då känner den övriga vårdpersonalen igen en. Några läkare menar att det också kan vara en personlighets- och attitydfråga. Är de som läkare tydliga och trevliga så är det inget bekymmer, men är de däremot otrevliga, osäkra och försöker hävda sig då stöter de på patrull hos sjuksköterskorna. Läkarna beskriver att det är en gråzon mellan yrkeskategorierna, men understryker att det är de som står för de medicinska bedömningarna. Det är de som ordinerar och sjuksköterskorna utför ordinationen och därmed står de över

sjuksköterskorna i den medicinska rangordningen. En av de intervjuade akutläkarna uppfattar sig som teamledare för att denne har den högsta medicinska kompetensen, och därmed också rätten att ta besluten. Efter arbetspasset när de gör den skriftliga reflektionen är det dock alltid sjuksköterskan som sitter som teamledare. Detta är något läkaren aldrig vågat ifrågasätta eller ta upp till diskussion:

> *(…) jag uppfattar mig själv i och med att jag har den högsta medicinska kompetensen så har jag också det yttersta ansvaret och därmed ser jag mig också faktiskt som en teamledare. Men det har aldrig uttalats utan när vi då skriver våra, vi har alltid en skriftlig reflektion efter varje pass, då är det ofta så att sjuksköterskan sitter som teamledare, det har inte jag. Jag har inte tagit upp det här, men jag menar jag har ansvaret, så är det och då tycker jag också att då har jag rätten att ta besluten. Så jag kan säga, om dom kanske vill att nu ska vi ta in nästa patient, "nej nu måste vi göra klart det här". **Men ser sjuksköterskorna sig som teamledare?** Jag tror att de gör det, det här är en jätteintressant fråga, den stenen har inte jag vågat lyfta på helt enkelt. (Akutläkare)*

De intervjuade läkarna understryker att de och sjuksköterskorna inte fungerar utan varandra, men att sjuksköterskorna kan känna sig väldigt hotade, och det är ett problem för läkarna. Plötsligt kom *vi* menar några akutläkare, vi som stationeras på akutmottagningen, vi som har en formellt högre kompetens och som har massor av åsikter om hur verksamheten ska organiseras. Det kan leda till konstiga motsättningar mellan yrkeskategorierna. Samtidigt upplever läkarna att ur ett medicinskt perspektiv är det inte alltid bra att sjuksköterskor bestämmer hur arbetet ska organiseras. När erfarna sjuksköterskor ger tips till läkare så menar läkarna att de upplever att det är sjuksköterskorna som har det högsta medicinska ansvaret. Det är då det ibland bli fel i kommunikationen och det skapar konflikter mellan yrkesgrupperna. Men samarbetet är oerhört personbundet, menar läkarna, och det beror helt enkelt på vilka personer du arbetar med. De räknar upp flera faktorer som både underlättar respektive försvårar samarbetet mellan akutläkare och andra läkare, samt läkare och sjuksköterskor, se tabell 3 nedan.

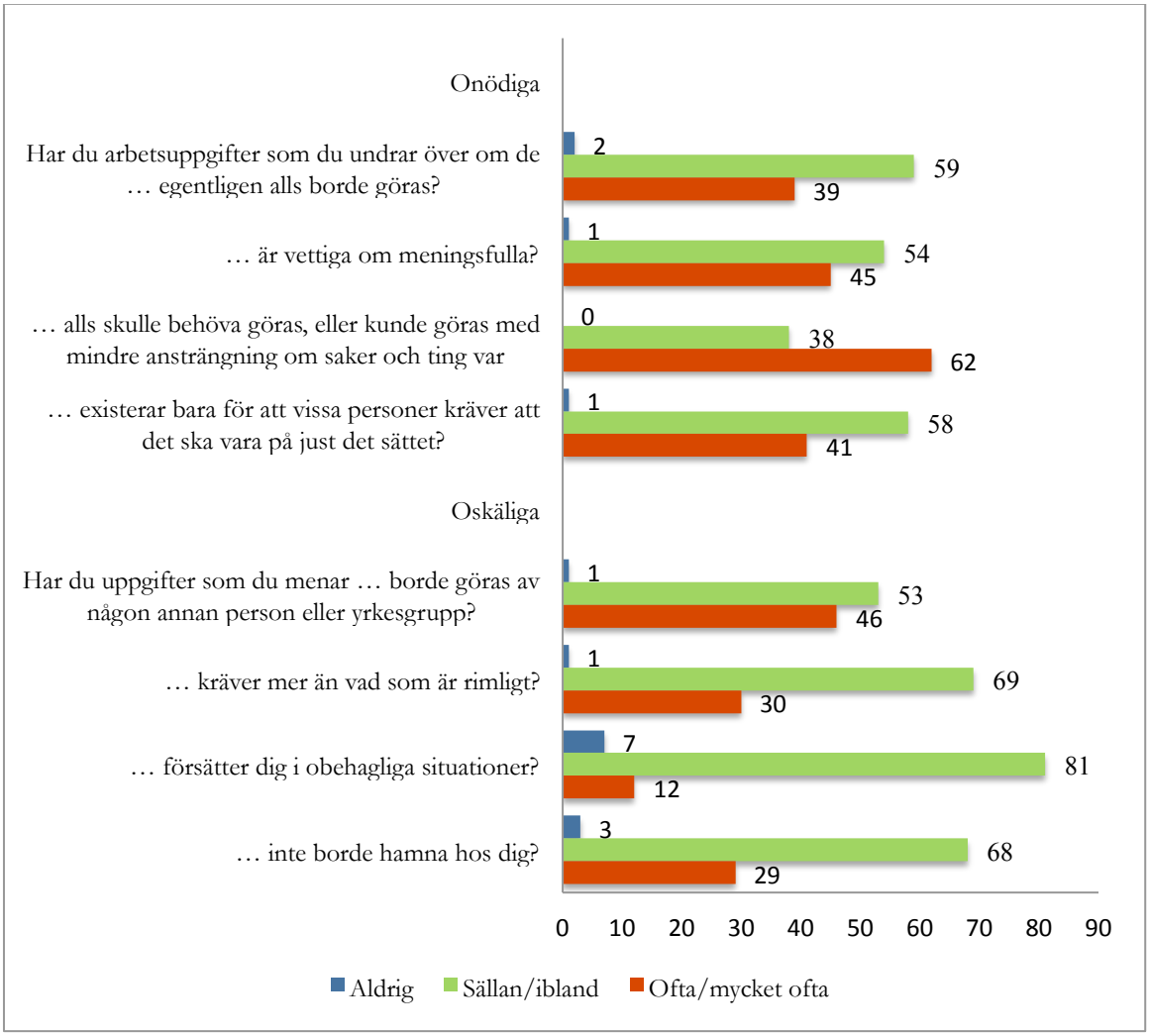
Tabell 3. Faktorer som underlättar respektive försvårar samarbetet enligt läkarna.

Underlättande faktorer för samarbete	Försvårande faktorer för samarbete
• Dialog och kommunikation i teamen, mellan yrkesgrupperna. • Förbättringstavlorna där arbetet utvärderars varje dag. • Sjuksköterskor som kan tänka själva t.ex. vilka prover som ska tas, har god överblick över patienten och kan föreslå vilka patienter läkare ska gå till först. • Vara tydlig med VAD man vill ha gjort, informera varandra VAD man gjort och VAD som händer.	• Bristande kunskaper och kompetens hos kollegor, både läkare och sjuksköterskor – oerfarna skapar irritation • Osäkra läkare som inte kan fatta beslut – de känner sig osäkra i sin roll och iakttagna när de går in med sjuksköterskorna. • Personalomsättningen av sjuksköterskor skapar brister i rutiner och minskar flytet i arbetet både gällande patientomhändertagande och flödet i arbetet. • Parallella organisationerna (läkare-ssk) – kamp om vilken verksamhet som ska bedrivas på akuten. Starka sköterskechefer och svag läkargrupp. • Linjeläkare som tar med sig AT-läkare, kandidater kan störa teamens arbete. • Hyrläkare som kommer och går • När det är för mycket patienter, överblicken minskar • Inga gemensamma arbetsplatsträffar för sjuksköterskor och läkare • Inga eller få schemalagda möten för läkarna, ”vi ses aldrig” • Fysiska barriärer som separerar yrkeskategorierna, läkare känner sig utanför.

Dialog, tydlighet och sjuksköterskor som har god överblick över patienten och arbetet underlättar samarbetet. Det som försvårar samarbetet är bland annat oerfarna läkare och sjuksköterskor, hög personalomsättning av sjuksköterskor och hög patienttillströmning.

6 Läkares arbetsuppgifter på akuten

Arbetsuppgifterna på akutmottagningen består av patientarbete som utförs individuellt eller i team. Seniora läkare har även till uppgift att handleda underläkare och AT-läkare samt stödja andra läkare och övrig vårdpersonal i patientarbetet. Parallellt med patient-arbetet sker administrativt arbete, t.ex. diktering, följa upp provsvar och skriva remisser under arbetsdagen. Några akutläkare vid ett av sjukhusen nämner att de har hela arbetsdagar schemalagda för administration. Läkarna kan tilldelas arbetsuppgifter som inte tillhör kärnverksamheten och som går utanför den professionella rollen. De kallas illegitima arbetsuppgifter, det är arbetsuppifter som är både onödiga och oskäliga. I figur 5 redovisas läkarnas uppfattningar om illegitima arbetsuppgifter.



Figur 5. Läkarnas uppfattningar om illegitima arbetsuppgifter – onödiga och oskäliga.

Av figur 5 framgår att en stor andel av läkarna har både onödiga och oskäliga arbetsuppgifter. Illegitima arbetsuppgifter, både onödiga och oskäliga, kan bli en stark stressor för att de blir ett hot mot den professionella identiteten. I två öppna enkätfrågor fick läkarna ge exempel på onödiga respektive oskäliga arbetsuppgifter, vilka sammanfattas i tabell 4.

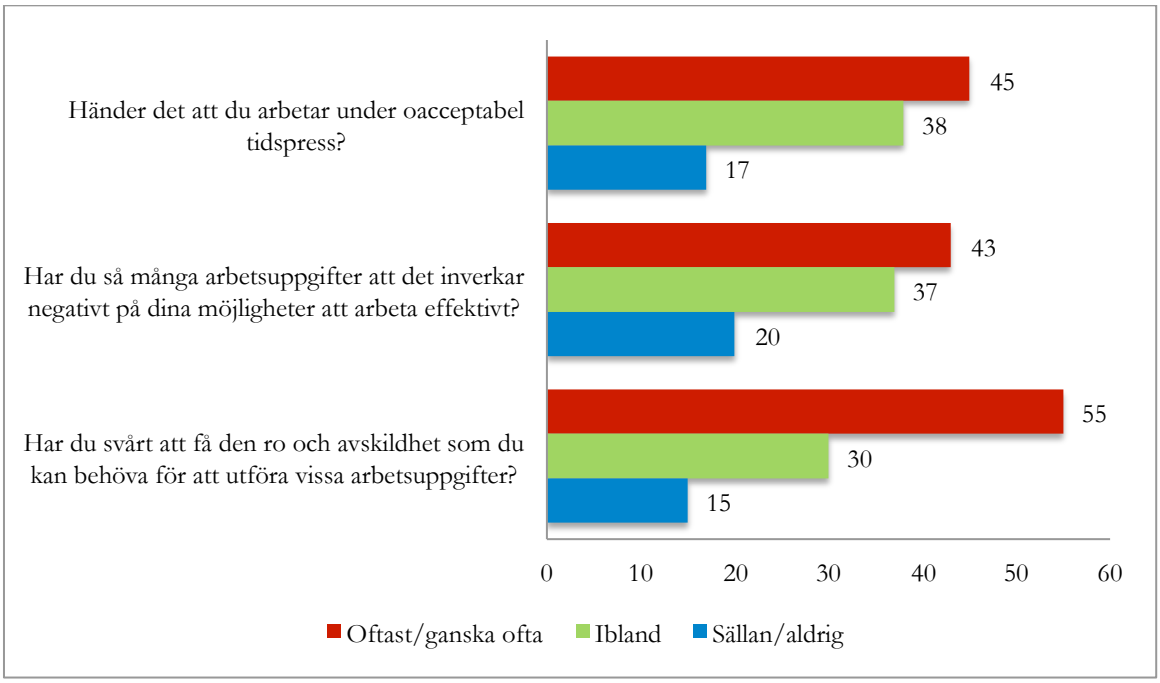
Tabell 4. Läkarnas beskrivning av illegitima arbetsuppgifter, dvs. både onödiga och oskäliga.

Onödiga arbetsuppgifter	Oskäliga arbetsuppgifter
• Dubbel- och överdokumentation i journalsystemet t.ex. i patientliggare, dikterad patientjournal och pappersjournal. • Dokumentation i schemasystemet – två parallella schemasystemet (nya - gamla) • Dokumentation av arbetstid i HR-funktionen (t.ex. rapportering av jourtid och jourarbetet, begära jourkomp). • Dubbeldokumentation av läkemedel i läkemedelsjournaler och i läkemedelsmodulen i datasystemet. • Dokumentation av DRG-koder och andra registerkoder. • Dubbelsignering av (automatiska) journalanteckningar, t.ex. provsvar, diagnoskoder osv. i dokumentationssystemet • Inskrivning på akutens observationsenhet för att sedan en timma senare skriva ut patienten för att nå 1-4-timmarsmålet för att erhålla slutenvårdspeng. • Inläggningsrutinerna medför flertal arbetsuppgifter, t.ex. samtal till jourläkare, sjuksköterskor och koordinatorer. • Leta, ”jaga” vårdplatser på andra avdelningar och kliniker. • Rapportering till vårdpersonal på andra avdelningar borde göras av sjuksköterska. • Alltid gå med patient till hjärtavdelningen oavsett patientens tillstånd. • Planera och förbereda akuta operationer, t.ex. kontakta operation, narkosläkare, etc. • Överflyttning av patienter från akuten till annat sjukhus.	• Administrativa arbetsuppgifter delegeras snabbt och gärna över till läkare från administrativ personal (klinikassistent, IT-supporten) t.ex. felanmälan av datorer och skrivare, mm. • Vissa dokumentationsuppgifter borde göras av sekreterare. • Komplicerade inläggningsrutiner – ringer samtal, koordinerar, ”hitta” vårdplatser, rapporterar patienter till andra avdelningar kräver mer tid än rimligt. • Direktinläggning av patienter på avdelning borde göras av avdelningsläkaren. • Praktiska arbetsuppgifter som inte behöver göras av läkare, t.ex. ta in patienter från väntrum, klä av patienter, städa, leta upp material, bevaka kommande röntgensvar, ta bort nålar, gå igenom läkemedelslistor med patienter och anhöriga. • Gå till ”utbytescentralen” för att få rena arbetskläder.

Onödiga arbetsuppgifterna tycks vara av två slag. Dels är det uppgifter som är relaterade till dokumentation i administrativa system. Uppfattningen är att just dubbel- och överdokumentation inte känns vettigt då samma uppgift görs två gånger, vilket borde kunna göras på annat sätt. Dels är det uppgifter som är relaterade till utflödet av patienter, dvs. läkarna ska så snabbt som möjligt förflytta patienten från akutmottagningen och rapportera över patienten till annan avdelning, klinik eller annat sjukhus. Även dessa uppgifter skulle kunna organiseras på annat sätt. När det gäller oskäliga arbetsuppgifter, uppgifter som borde göras av någon annan, och som kräver orimligt mycket tid och som inte borde hamna hos läkaren, är av administrativ karaktär. Läkarna anser att de oskäliga arbetsuppgifterna borde göras av sekreterare eller annan administrativ personal. Inläggning av patienter tar orimligt med tid och kräver en stor arbetsinsats av läkaren. Sedan finns det en hel del praktiska arbetsuppgifter som man inte behöver vara läkare för att göra som rör direkt och indirekt patientarbete.

7 Arbetsmiljön på akuten

Arbetssituationen på akuten beskrivs av de intervjuade läkarna som ett konstant kaos. In- och utflödet av patienter ägs inte av akutmottagningen utan som en läkare uttrycker *vi har problemet men inte mandat att lösa det*. Problemet är långa väntetider, det är stökigt, det går långsamt, det är trögt och ineffektivt. Patientflödet på akuten låter sig inte styras som på en vårdavdelning där verksamheten är mer tidsplanerad, t.ex. rond på förmiddagen och mottagning på eftermiddagen. Andra dilemman som läkarna nämner är att prioritera mellan arbetsuppgifter, överväga i vilken ordning patienter ska tas med hänsyn till både patienten och effektiviteten på akutmottagningen. Patientflödet får inte stoppas upp, t.ex. om patienter måste transporteras från ett sjukhus till annat. Läkare beskriver att du som läkare ska jobba snabbt utan att göra fel, men du ges inte förutsättningar för det. Det saknas lokaler, britsar till patienter samt vårdplatser på andra avdelningar och kliniker. Av enkätdata förstärks bilden att läkarnas arbetssituation är pressad (se figur 6).



Figur 6. Krav i arbetet.

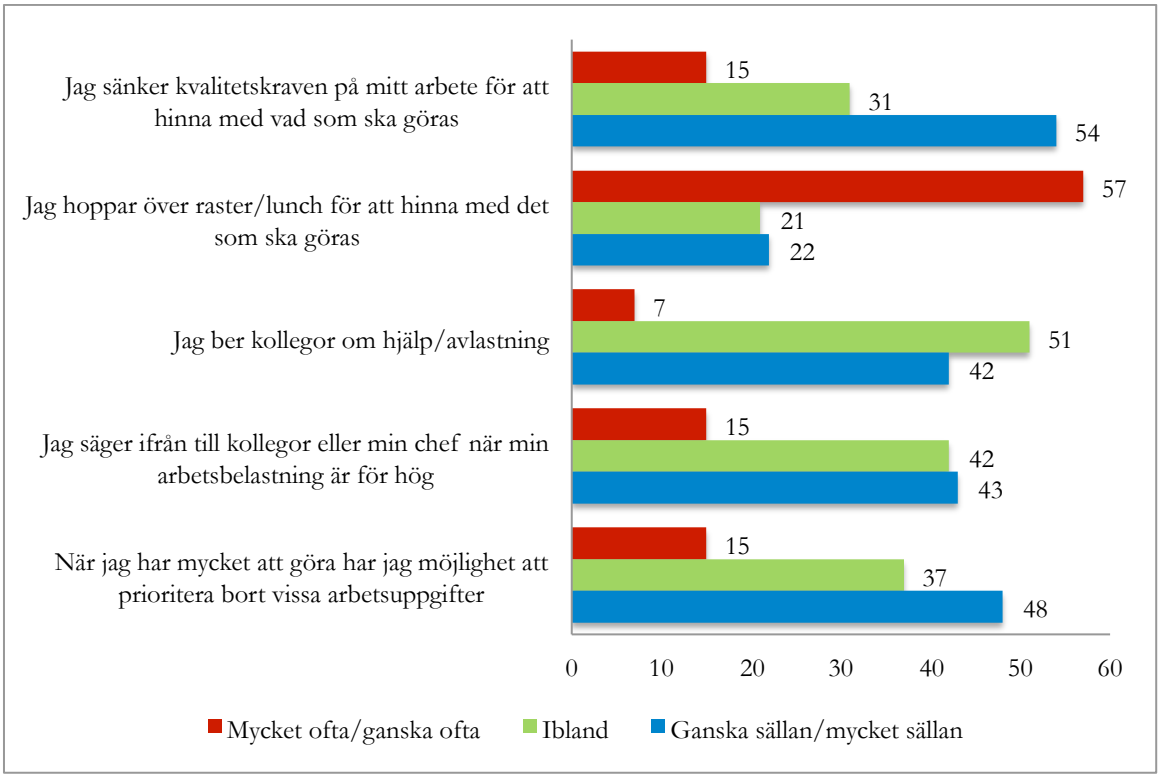
Nästan hälften av läkarna uppger att de ofta/ganska ofta arbetar under oacceptabel tidspress och har så många arbetsuppgifter att det inverkar negativt på möjligheterna att jobba effektivt. Drygt hälften av läkarna har också ofta svårt att få den ro och avskildhet som kan behövas för att utföra vissa arbetsuppgifter. I läkarintervjuerna lyfts flera faktorer (eller stressorer) fram som ökar läkarnas arbetsbelastning. Faktorerna kan delas in i verksamhetsrelaterade faktorer, dvs. relaterade till akutmottagningens verksamhet, och i

individrelaterade faktorer, dvs. relaterade till den enskilde läkarens erfarenhets- och kompetensnivå (tabell 5).

Tabell 5. Faktorer eller stressorer som ökar arbetsbelastningen för läkare.

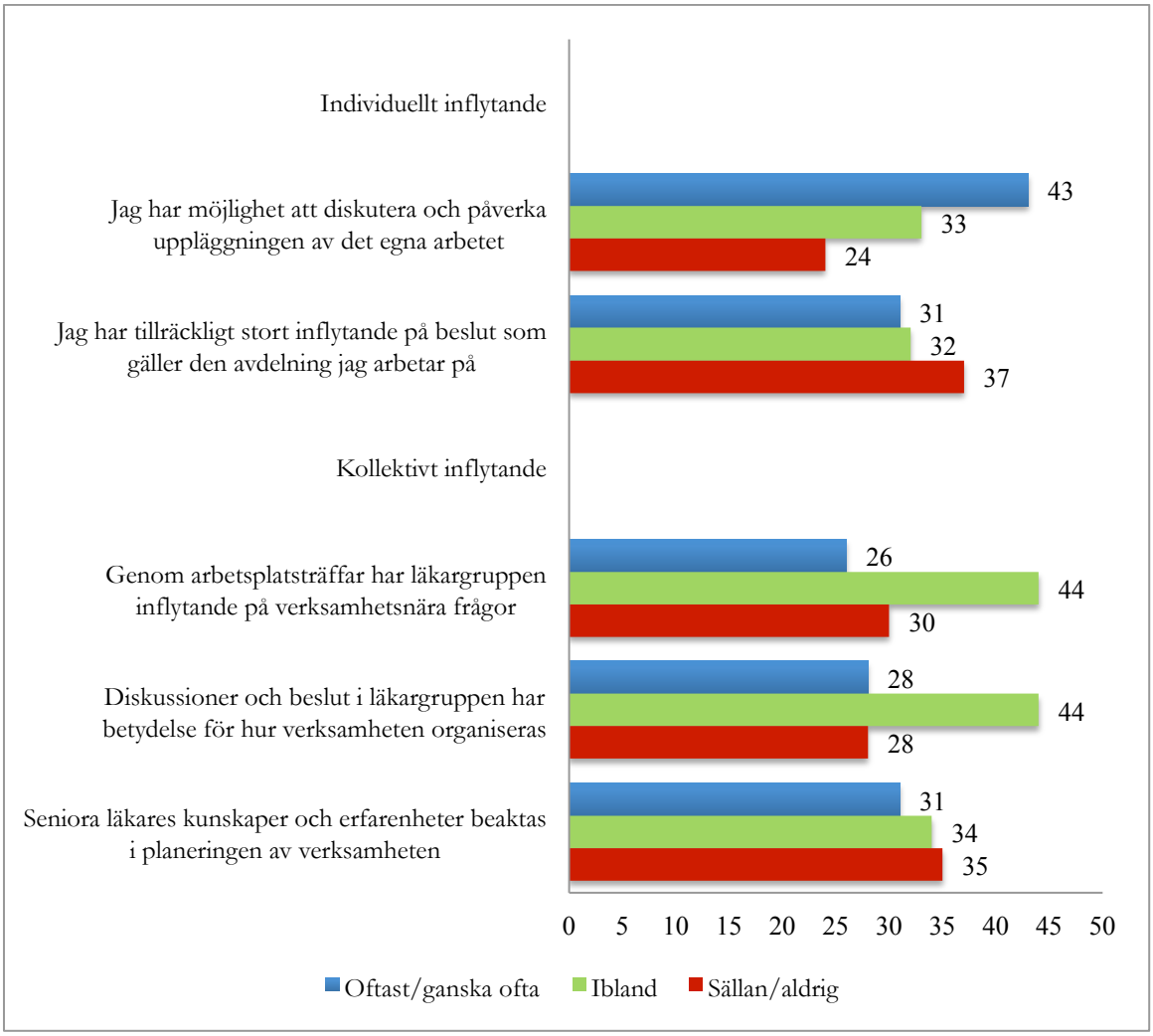
Faktorer som är verksamhetsrelaterade	Faktorer som är individrelaterade
• Full belastning dygnet runt – många patienter och beläggning dygnet runt på akuten. • Högt arbetstempo, svårt att orkar med arbetstakten • Akuten är en tung arbetsplats, det är mer jobb än på en vårdavdelning • Ständigt fokus på produktion och uppnå effektivitetsmålen • Överbeläggning – få sängplatser till patienter som behöver läggas in på en vårdavdelning Krävs oerhörda resurser att ha kvar patienten på akuten.	• Rädsla för att göra fel, läkaren är skurken • Patienter som inte är undersökta skapar oro. Stressande att inte ha kontroll på vilka patienter som ligger ”opåtittade” • Svårt att bemöta förväntningar från patienter och konflikter med patienter • Hot om våld och kränkningar • Oerfaren personal ökar arbetsbelastningen, eftersom arbetet inte kan fördelas jämt mellan personalen som jobbar på passen

Vilka strategier använder läkarna för att hantera arbetsbelastningen och kraven i arbetet (se figur 7)?



Figur 7. Läkarnas strategier för att hantera krav i arbetet.

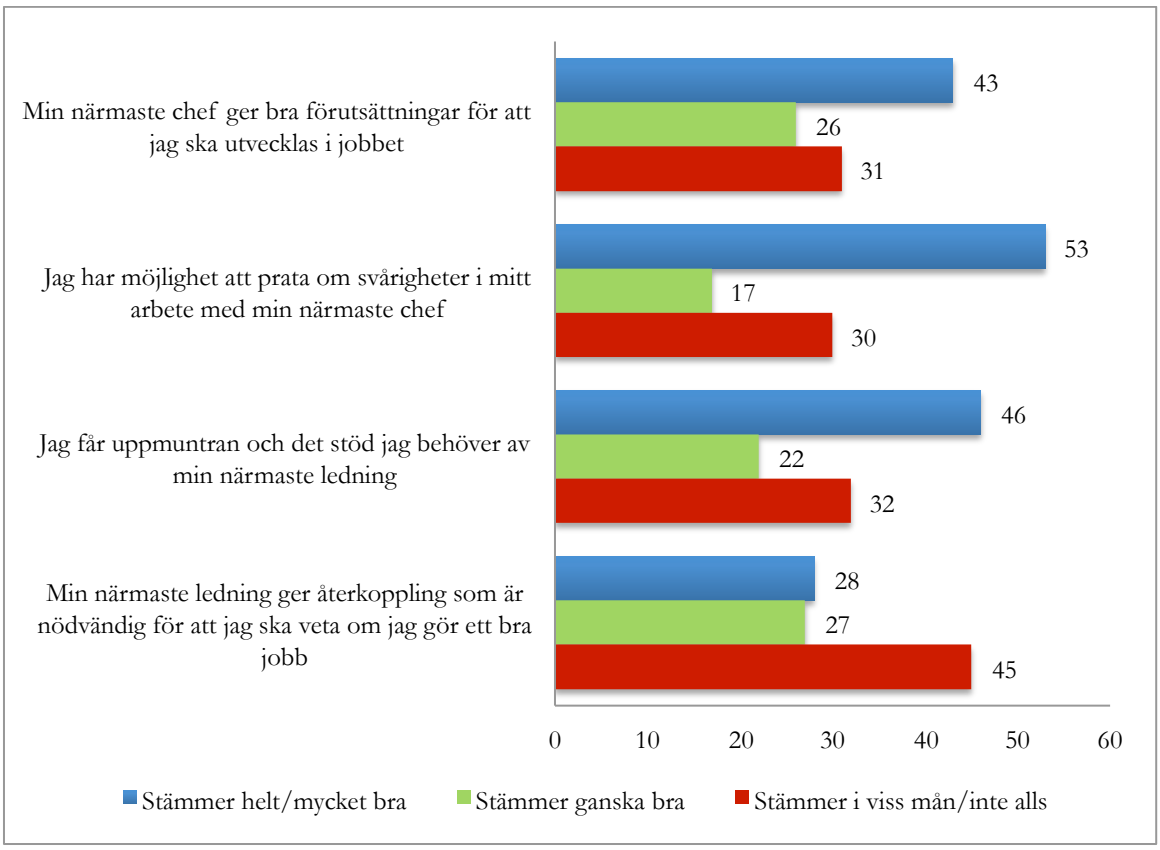
För att hantera arbetskraven hoppar drygt hälften av läkarna mycket ofta eller ofta över raster och lunch för att hinna med det som ska göras i arbetet. Vid hög arbetsbelastning har 48 procent av läkarna sällan möjlighet att prioritera bort vissa arbetsuppgifter. Hälften av läkarna ber ibland kollegor om hjälp eller avlastning. 42 procent av läkarna säger ibland ifrån när deras arbetsbelastning är för hög. När arbetsbelastningen är hög sänks dock inte kvalitetskraven utan läkaren utför arbete med fortsatt bibehållen kvalitet. Hur är det med individuellt och kollektivt inflytandet över den egna arbetssituationen? Se figur 8.



Figur 8. Individuellt och kollektivt inflytande över arbetet.

Av figur 8 framgår att fler av läkarna uppfattar att de har ett större individuellt handlingsutrymme, dvs. de kan påverka arbetets uppläggning, än att de har ett kollektivt handlingsutrymme i läkargruppen. Nästan en tredjedel av läkarna anser att de aldrig har inflytande över verksamhetsnära frågor.

Vilket stöd får läkarna av den närmaste chefen och ledningen på akutmottagningen (figur 9)?



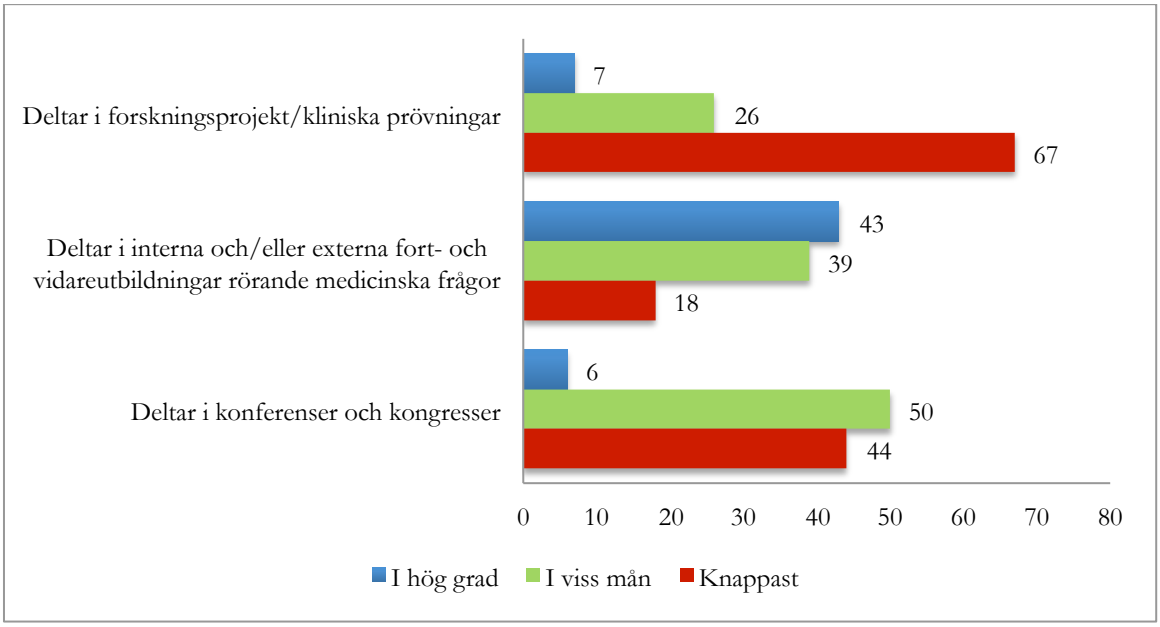
Figur 9. Stöd från närmaste chefen och ledningen på akutmottagningen.

Av figur 9 framgår att den närmaste chefen ger läkarna bra förutsättningar för att de ska utvecklas i arbetet, samt ger uppmuntran och stöd i arbetet. Drygt hälften av läkarna har möjlighet prata om svårigheter i sitt arbete med den närmaste chefen. Att ledningen ger nödvändig återkoppling för att läkarna ska veta om de gör ett bra jobb stämmer till viss mån eller inte alls menar 45 procent av läkarna.

8 Läkares lär- och kompetensutvecklings-möjligheter

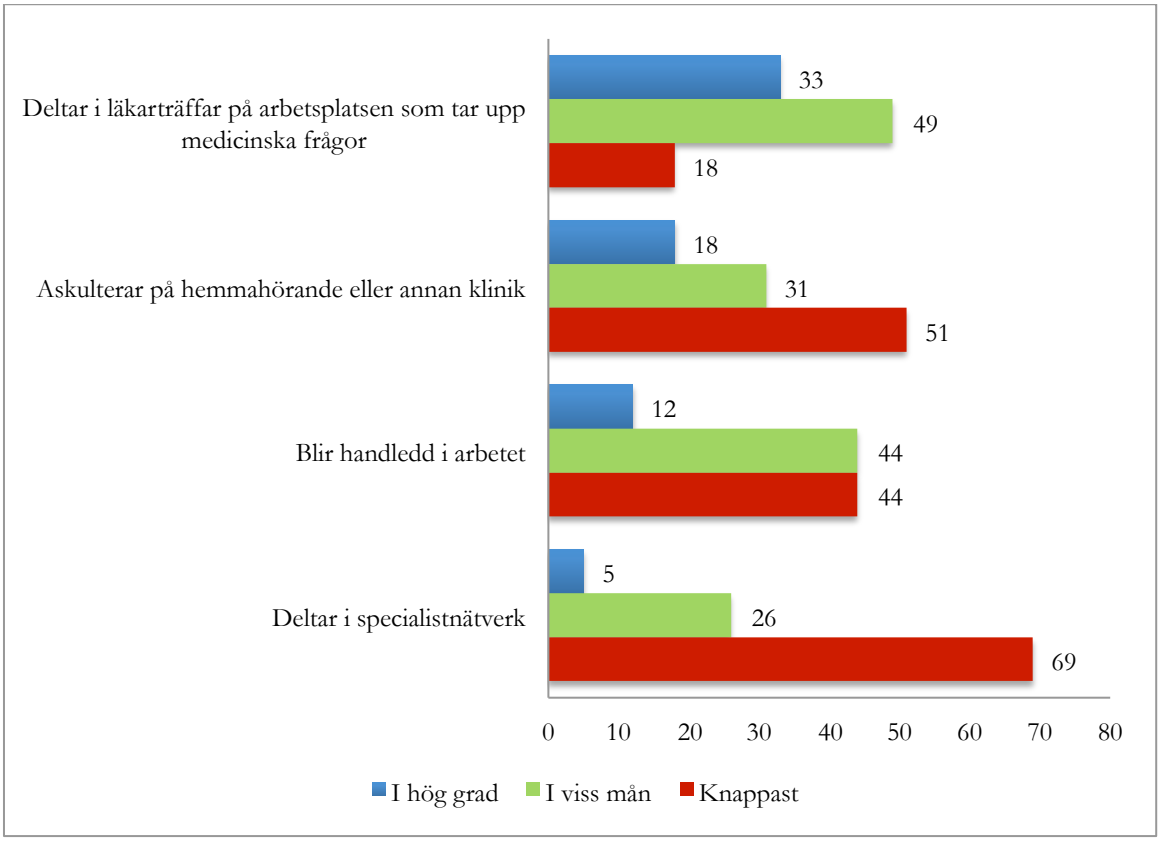
Enkätdata visar att drygt 80 procent av läkarna upplever en press att hålla jämna steg med kunskapsutvecklingen inom sin professionella disciplin. Flera av de intervjuade läkarna menar att de inte på långa vägar är fullärda och saknar viss kompetens. Samtidigt är de inte oroliga för de måste inte inhämta den kompetensen närmaste veckan. De får komma med åren säger läkarna. Vid enstaka tillfällen behöver de ha stöd från mer medicinskt kompetenta läkare. Det finns stödfunktioner på sjukhuset, som exempelvis narkosläkare som kan hjälpa till att göra sambedömningar – uppfattningen är att det alltid finns stöttning att få i arbetet. Någon läkare nämner dock att i läkarrollen ligger att de inte ska efterfråga stöd, utan som läkare ska du klara dig själv. Det viktiga är att lära sig bli beslutskompetent, vilket innebär att fatta snabba, inte felaktiga beslut. Läkarna menar att yrkeskunnandet sätts dagligen på prov när patienter har diffusa problem, medan trafikolyckor med svårt skadade patienter är lättare att hantera för då följs rutiner i arbetet.

Det finns olika sätt att lära arbetet på. Läkarna deltar i formella, formaliserade informella och informella läraktiviteter i det dagliga arbetet. Formella läraktiviteter, är sådana aktiviteter som är planerade och organiserade på eller i anslutning till arbetsplatsen. Läkarna deltar i hög grad i interna och externa utbildningar rörande medicinska frågor, men knappast i forskningsprojekt, konferenser eller kongresser (se figur 10).



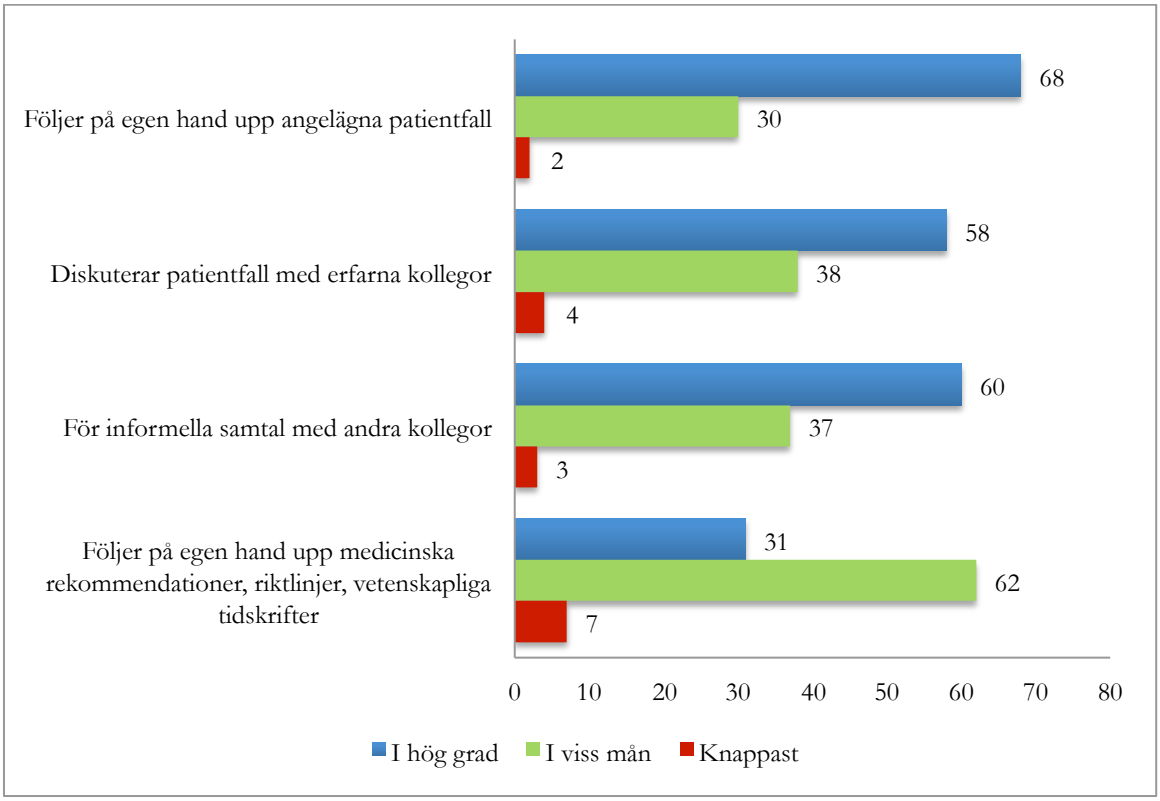
Figur 10. Formella läraktiviteter – på eller i anslutning till arbetsplatsen.

När det gäller utbildningar beskriver de intervjuade ST-läkarna att de har en utbildningsvecka per termin (inom ST-utbildningen) då de deltar i föreläsningar, praktiska övningar, samt går igenom ny apparatur och patientfall. ST-läkarna går förutom utbildning inom sitt specialistområde också randutbildning eller sidoutbildning inom angränsande områden på andra kliniker. Som färdig specialist i akutsjukvård finns det dock färre organiserade utbildningsaktiviteter. En akutläkare menar att specialisterna i akutsjukvård inte har något definierat kompetensutvecklingsprogram. Denne läkare menar att på den akutmottagning denne jobbar är överläkarna väldigt osynliga i jämförelse med andra avdelningar där de är tongivande och vägvisare för yngre läkare. Andra förklaringar som kommer fram i enkätens öppna fråga är att läkarna saknar forum för specialistkompetensutveckling, att de inte hinner med kompetensutveckling under ordinarie arbetstid, och att kompetensutveckling måste schemaläggas för specialistläkare som är stationerade på akuten. Sedan finns utbildningar som läkarna i intervjuerna benämner ”obligatoriskt tvingande” som kliniken får bonuspengar för som t.ex. brand-, arbetsmiljö- och läkemedelsutbildningar. Formaliserade informella läraktiviteter, är sådana aktiviteter som delvis är organiserade men sker mer informellt i arbetet (se figur 11).



Figur 11. Formaliserade informella läraktiviteter på arbetsplatsen

Av figur 11 framgår att läkarna i hög grad eller i viss mån deltar i läkarträffar på arbetsplatsen, och blir handledda i arbetet. Av intervjuerna framgår att handledning, att både själv bli handledd och handleda mindre erfarna läkare, stimulerar lärande i arbetet. Andra viktiga lärtillfällen som nämns av läkarna är simulerings- och scenarioövningar av stora olyckor och trauman, som syftar till att träna kommunikation och teamarbete med sjuksköterskor kring en svårt sjuk patient. Större delen av lärandet sker i informella situationer när arbetet utförs på egen hand eller tillsammans med andra kollegor (figur 12).

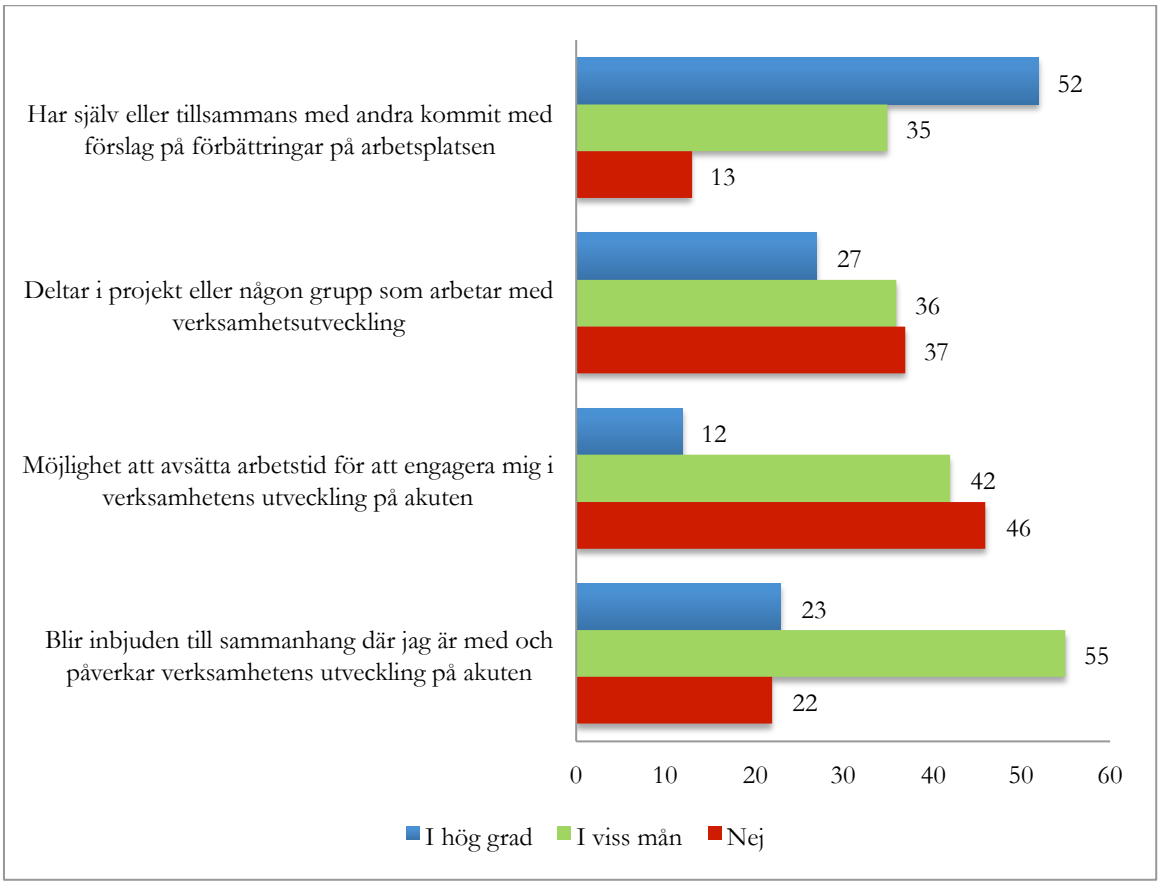


Figur 12. Informella läraktiviteter – lärande i dagligt arbete

Att följa upp patientfall och diskutera patientfall med erfarna kollegor sker i hög grad i arbetet, liksom att föra informella samtal med andra kollegor (figur 12). Denna bild förstärks av intervjuerna och uppfattningen är att fråga, diskutera och följa upp patientfall, samt ”korridorsnack” kollegor emellan är viktigt för att lära om olika sjukdomar, rutiner mm, liksom att använda avvikelserapporter för lärande i arbetet. Enkätdata visar att läkarna i viss mån på egen hand följer upp medicinska rekommendationer, riktlinjer och vetenskapliga studier. I intervjuerna berättar läkarna att de förkovrar sig på egen hand genom forskning och självstudier, t.ex. läser facktidningar.

9 Förbättringsarbete och verksamhets-utveckling

Samtliga akutmottagningar förändrar och förbättrar sina flödesprocesser, dvs. kortar ledtider, utvecklar rutiner och arbetssätt mot teamorganisering. Några läkare uttrycker att de implementerar lean i verksamheten, medan andra kallar det för flödesarbete. Ombyggnationer av akutmottagningar nämns också som pågående förändringsarbete, samt införande av akutläkartjänster och byte av chefer. Förändringar sker ständigt, och en del menar att det inte sker så tvära kast i verksamheten, medan andra menar tvärtom att kasten är tvära. Några läkare upplever att de har ett gott inflytande vid förändringar medan andra inte har något inflytande alls. Enkätdata ger bilden att hälften av läkarna själva eller tillsammans med andra kommit med förslag på förbättringar på arbetsplatsen (figur 13).

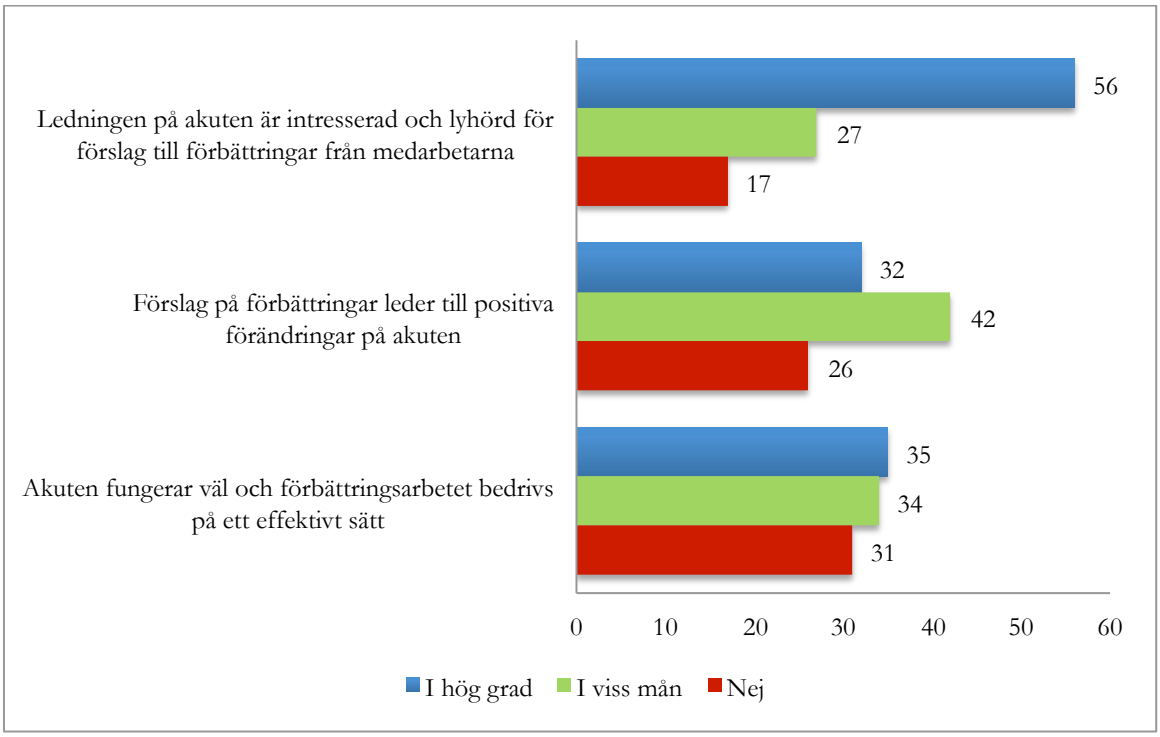


Figur 13. Medverkan i förbättringsarbete och verksamhetsutveckling.

Av figur 13 framgår att en mindre andel av läkarna deltagit i en grupp som arbetat med verksamhetsutveckling eller blivit inbjuden i sammanhang där de kan påverka verksam-

hetens utveckling på akutmottagningen. Möjligheten till att avsätta arbetstid för att engagera sig i verksamhetsutveckling uppfattas som lite. I intervjuerna nämner vissa läkare dock att de deltagit i förbättringsgrupper, men att engagemanget att driva utvecklingsarbete i verksamheten är större bland den övriga vårdpersonalen än bland läkarna. Engagemanget för förbättrings- och utvecklingsarbete tycks dock öka i takt med att fler akutläkare anställs på akutmottagningarna. Akutläkarna tycks vara intresserade av att utveckla arbetsplatsen. Frågor om förändrings- och utvecklingsarbeten tas också upp av läkare på läkarmöten.

Är ledningen då lyhörd för förbättringar och ser läkarna resultatet av förbättringsarbeten i verksamheten (figur 14)?



Figur 14. Stöd och ser resultat av förbättringsarbete och verksamhetsutveckling.

Av figur 14 framgår att drygt hälften av läkarna uppger att ledningen är intresserad och lyhörd för förslag till förbättringar. 42 procent av läkarna menar att förbättringsförslagen leder till positiva förändringar, medan drygt en fjärdedel menar att det inte gör det. Bilden är splittrad huruvida förbättringsarbetet bedrivs på ett effektivt sätt eller inte. Av läkarintervjuerna framgår att förbättringar kan inverka på läkarnas arbetssituation på olika sätt. Exempelvis införandet av nya och mer effektiva arbetssätt, förbättra vissa rutiner och ökar tydligheten i patientflödet, men skapar också nya problem i verksamheten. Tiden för reflektion minskar vid införandet av mer lean-inspirerade principer för att förbättra flödet.

Effektivare patientflöde förutsätter att läkaren kan ta snabba beslut och gör handlingsplaner på plats. Alla läkare trivs inte med detta, och de vill ha mer tid för att prata med patienten. Akutläkare stationerade på akutmottagningen kan ha svårt att hitta en avdelning att lägga in patienten på vilket kan hindra patientutflödet.

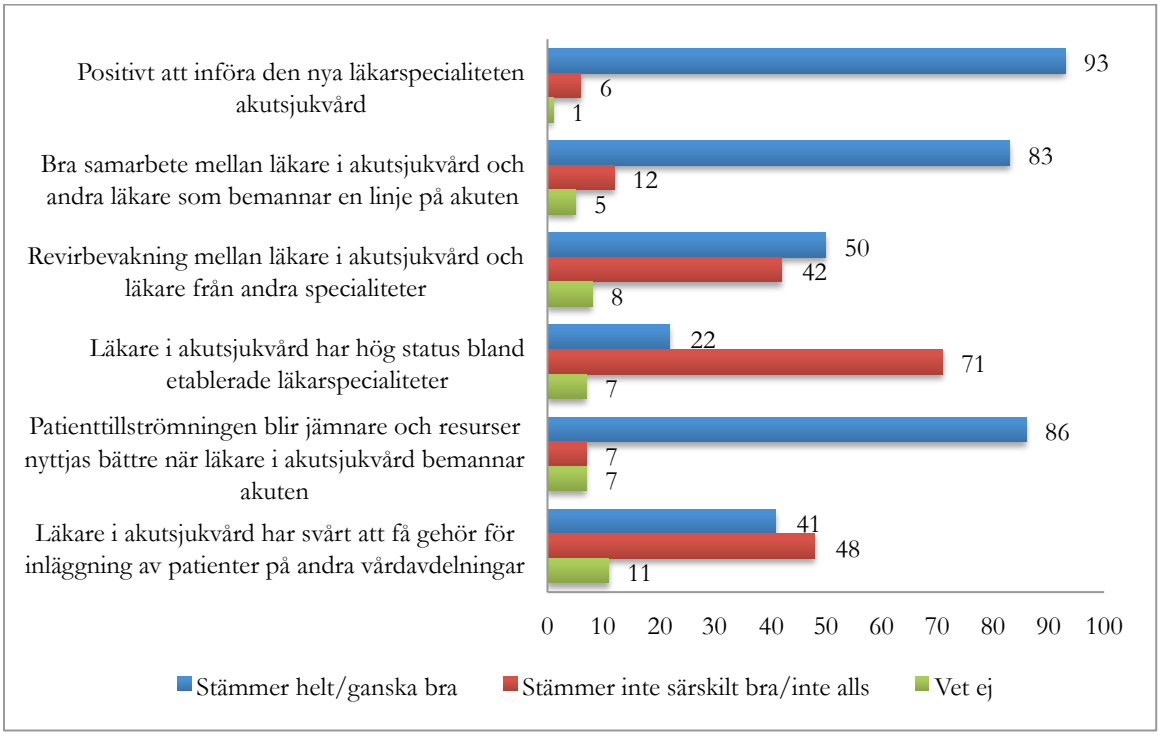
Ett annat exempel som ges av läkarna är teamarbete som implementeras på sjukhusen för att utveckla verksamheten. Teamarbete bidrar till att lyfta upp vardagliga problem, stärker patientsäkerheten, ordinationer blir tydligare och det skapas en större delaktighet och stabilitet i verksamheten. Samtidigt är det svårt att jobba i team då det inte finns tillräckligt med resurser för detta. På vissa akutmottagningar kan de inte bilda så många team som behövs för att genomföra förändringen eftersom sjuksköterskebristen är ett problem. Ett förändrat arbetssätt på ett av sjukhusen har bidragit till att undersköterskorna fått en nyckelposition då de ersätter sjuksköterskor på arbetspass, vilket i sin tur kan äventyra patientsäkerheten på akutmottagningen. En del läkare menar att motstånd mot förändringar och förbättringsarbete finns när omsättningen av sjuksköterskor varit stor. Det är svårt att driva förbättringsarbete och samtidigt skola in nya arbetskollegor, även om de flesta intervjuade läkarna är positiva till att pröva nytt i arbetet.

10 Den nya specialiteten akutsjukvård

I maj 2015 blev akutsjukvård en ny basspecialitet i Sverige, och därmed blev det möjligt att utan omvägar via exempelvis internmedicin eller kirurgi att direkt utbilda sig till läkare i specialiteten akutsjukvård. I Socialstyrelsens (2015) kompetensbeskrivning för denna specialitet står följande:

> *Specialiteten akutsjukvård karaktäriseras av handläggning av alla akuta sjukdomstillstånd och olycksfall, i alla åldrar, under begränsad tid och med tillgängliga resurser. Akutsjukvården innefattar larmfunktion, prehospitalt omhändertagande och handläggning på akutenhet. (Socialstyrelsen 2015, sid 198)*

I kompetensbeskrivningen står också att samverkan med andra specialiteter och professioner är viktigt för kompetensområdet akutsjukvård. Hur uppfattar läkarna den nya läkarprofessionen akutläkare?



Figur 15. Uppfattning om den nya läkarspecialiteten akutsjukvård.

Av figur 15 framgår att läkarna har en positiv inställning till att införa den nya läkar-professionen. 83 procent av läkarna uppfattar att samarbetet är bra med andra läkare som bemannar en traditionell linje på akutmottagningen. I intervjuerna framkommer dock att läkarna ibland önskar att kommunikationen vore bättre mellan akutläkarna och

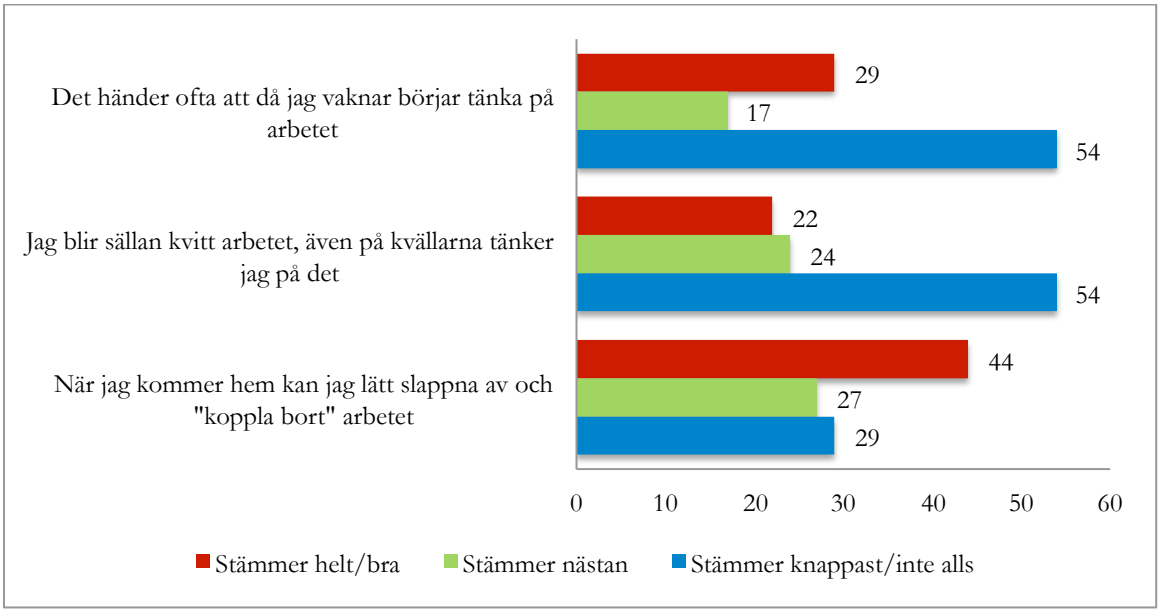
linjeläkarna. En splittrad bild ges av huruvida det finns en revirbevakning eller inte mellan akutläkare och andra läkarspecialiteter. Hälften av läkarna instämmer i att det finns en revirbevakning, medan den andra hälften menar att det inte stämmer särskilt bra. I läkarintervjuerna nämns att en del linjebundna läkare som arbetar då och då på akuten inte vill eller inte har något incitament för att vara där. Exempelvis ingår det i AT-utbildningen att vara på akuten. Många AT-läkare är inte där frivilligt och vissa är skärrade och livrädda för vad de ska möta. De får inte heller den uppbackning de behöver. Ofta finns läkare med hög kompetens längst fram i triagen och längre bak i flödet de behandlande läkarna som ofta är AT-läkare. Detta tycker de intervjuade akutläkarna inte om, eftersom det är ju de som ska behandla patienterna på akuten. De linjebundna läkarna är inte heller flyttbara som akutläkarna som kan behandla alla patienter oavsett sjukdom. Som enkäten visar anser 86 procent av läkarna att patienttillströmningen blir jämnare med den nya läkarprofessionen. Samtidigt menar den intervjuade kirurg-specialisten som har delad tjänst, att i kontakten med akutläkarna (som vill sköta allt enligt denne läkare) finns en viss misstänksamhet för hon/han kommer från fel specialitet. Ibland behövs menar kirurgspecialisten organspecialiteten, för det sker felinläggningar från akutmottagningen till kirurgen på grund av att många läkare är oerfarna.

Enkätdata visar att 41 procent av läkarna uppger att det är svårt att få gehör för inläggning av patienter på andra vårdavdelningar. I intervjuerna är det främst ST-läkare som ger uttryck för denna svårighet. De menar att de har svårt att få gehör av seniora kollegor med mer formell kompetens när de vill lägga in patienter på andra vårdavdelningar och kliniker. Att inte få gehör kan också, som lyfts fram i intervjuerna, vara relaterat till specialiteten akutsjukvård. Akutläkare är en ny läkarprofession (en generalistspecialitet) och att jobba på akuten har av tradition haft låg status. En akutläkare uppfattar att andra specialiteter på ett subtilt sätt klankar ner och mobbar akutläkare. Exempelvis på ett av sjukhusen är internmedicinare motståndare mot införande av ett akutläkarsystem. Att så många som 71 procent av läkarna som besvarat enkäten uppfattar att akutläkare inte har någon hög status förstärker denna uppfattning om den nya läkarprofessionens relativt låga status i relation till etablerade specialiteter inom hälso- och sjukvården.

11 Läkares hälsa och välbefinnande

Av enkäten framgår att 86 procent av läkarna bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra eller bra. Vi har sett närmare på två markörer för ohälsa: arbetsrelaterad anspänning/utmattning och trötthet och hur de uppfattas av läkarna.

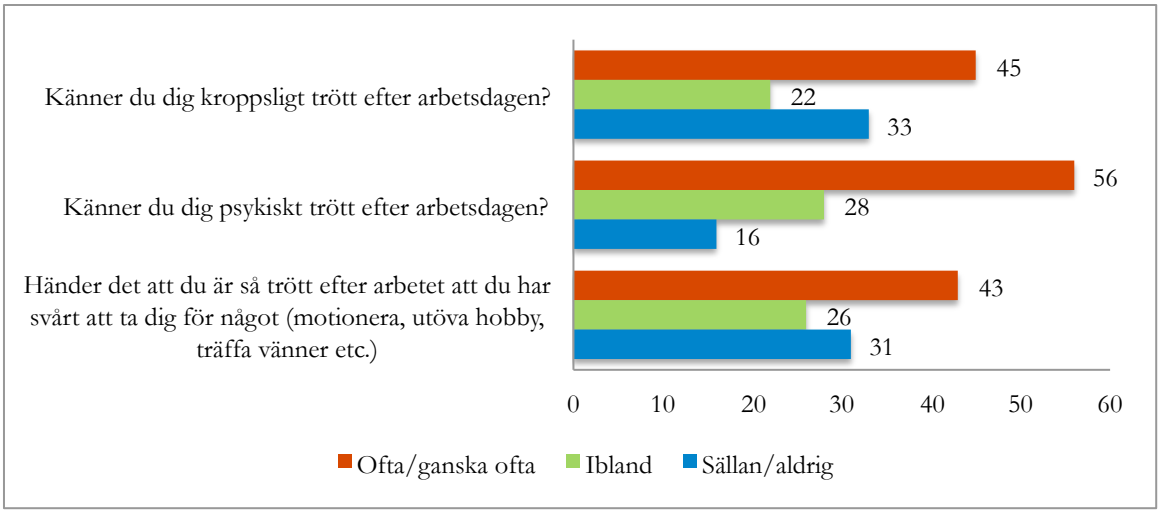
När det gäller arbetsrelaterat anspänning/utmattning så handlar det om förmågan att kunna hålla arbetet ifrån sig när man inte är på jobbet. Om individen har svårt att släppa tankarna på arbetet och svårt att koppla bort arbetet på fritiden kan anspänning/utmattning på lång sikt vara skadligt för hälsan (figur 16).



Figur 16. Arbetsrelaterat anspänning/utmattning, läkarnas förmåga att kunna hålla bort arbetet.

Av figur 16 framgår att ungefär en fjärdedel av läkarna tänker på arbetet även på sin fritid, både på morgonen och kvällar. Drygt hälften av läkarna kan inte slappna av och koppla bort arbetet när de kommer hem från arbetet. I enkätens öppna fråga kommenteras att arbetet alltid är stressigt och *”det går ut över fritiden och livet i stort”* och *”det sociala livet fungerar dåligt p g a arbetstiderna”*.

Vi ställde också frågor om trötthet eftersom även trötthet på längre sikt kan vara skadligt för hälsan om möjligheterna till återhämtning och vila är begränsade eller obefintliga (figur 17).



Figur 17. Läkarnas uppfattningar om trötthet.

Av figur 17 framgår att övervägande andelen av läkarna är både fysiskt och psykiskt trötta efter en arbetsdag och att trötttheten begränsar deras förmåga att vara aktiva och sociala på fritiden. I den öppna enkätfrågan ger läkarna uttryck för att de får för lite sömn, men att sömnbrist inte enbart beror på arbetet. ”*Sömnbristen är barnrelaterad”* som en läkare skriver som kommentar. Andra läkare ger följande kommentar:

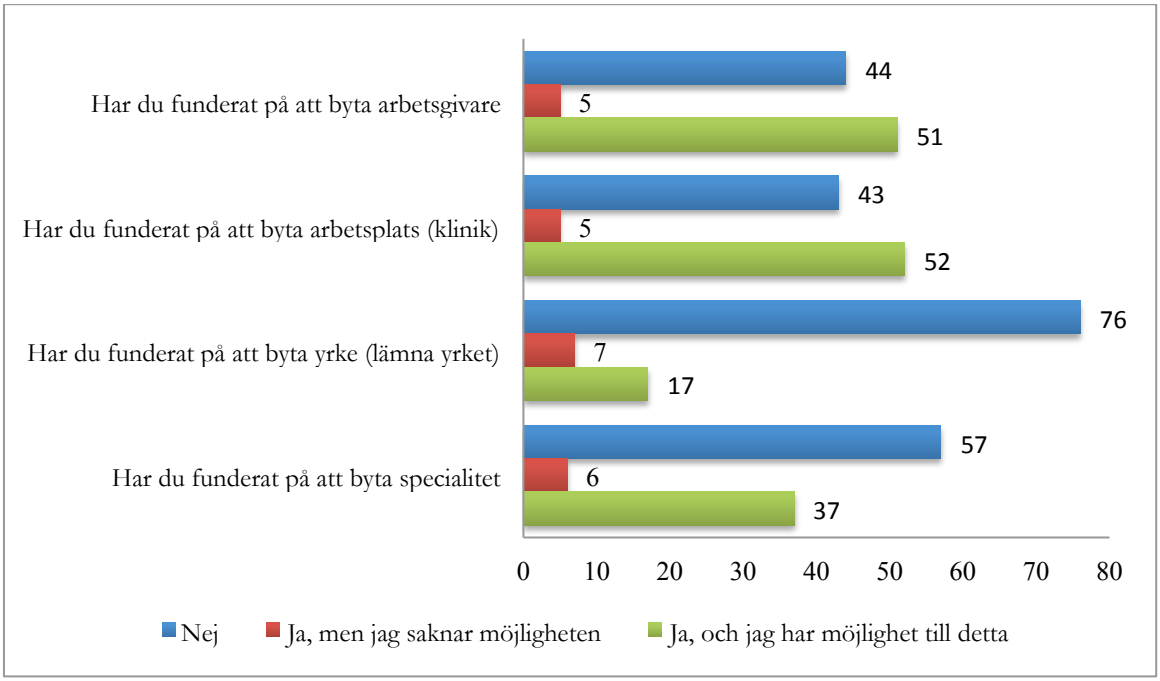
> *Med tre småbarn hemma är hälsan och stressnivån kopplad till dem och ej till arbetet.*

> *Det är svårare med små barn och olika arbetstider på akuten.*

Att hela tiden vara aktiv och ta snabba beslut i kombination med att det sällan finns tillfällen och veckor för återhämtning gör arbetet slitsamt, vilket är något som uttrycks av läkarna.

12 Viljan att stanna kvar på akuten

I enkäten fick läkarna ta ställning till om de funderat på att byta arbetsgivare, byta arbetsplats (klinik), byta yrke, dvs. lämna läkaryrket och byta läkarspecialitet (figur 18).

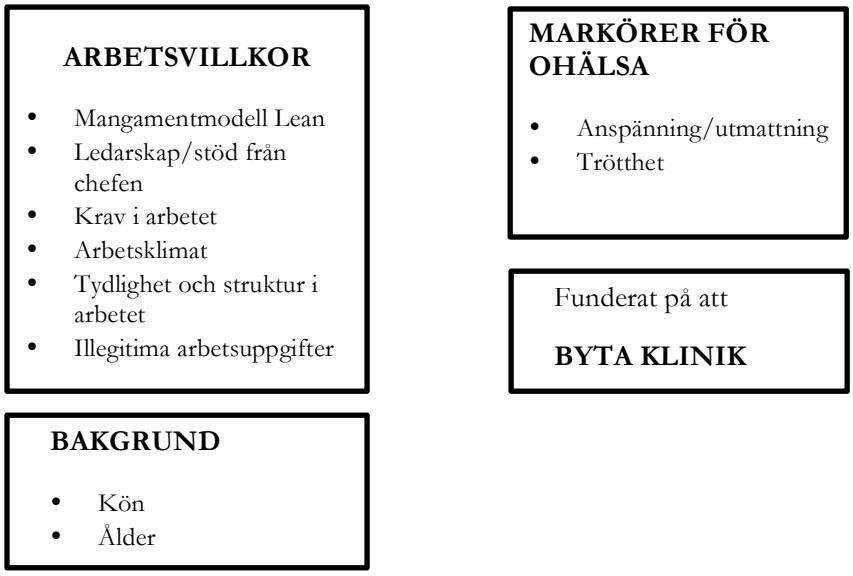


Figur 18. Funderat på att byta arbetsgivare, arbetsplats (klinik), yrke och läkarspecialitet.

Av figur 18 framgår att drygt hälften av läkarna funderat på att byta arbetsgivare och klinik och läkarna svarar att de också har möjlighet att byta. 76 procent av läkarna har inte funderat på att lämna läkaryrket. 24 procent av läkarna har funderat på att lämna yrket och de flesta anser att de faktiskt har den möjligheten. 57 procent av läkarna har inte funderat på att byta specialitet, medan den resterande andelen har funderat på det, och 37 procent har möjlighet till detta. Resultaten pekar på att det finns ett behov av åtgärder för att behålla specialisterna inom akutsjukvård.

13 Faktorer som inverkar på hälsan och stanna kvar på akuten

I den avslutande analysen har vi studerat vilka faktorer som inverkar på läkarnas hälsa och deras vilja att stanna kvar på akuten. Vi utgår från följande analysmodell, se figur 18.



Figur 18. Analysmodell. Till vänster finns arbetsvillkor som kan ha ett samband med markörer för ohälsa: anspänning/utmattning och trötthet, samt vilja att stanna på akuten. Justerat för kön och ålder.

Till vänster i analysmodellen finns arbetsvillkor: lean, ledarskapsstöd, krav i arbetet, arbetsklimat, tydlighet i arbetet och illegitima arbetsuppgifter (både onödiga och oskäliga) som kan ha betydelse för läkares hälsa respektive vilja att stanna kvar på akuten (högra sidan i modellen (figur 18). I analyserna har vi justerat för ålder och kön för att studera om individrelaterade faktorer har samband eller inte med hälsa respektive vilja att stanna.

Analysen av vilken betydelse arbetsvillkoren har för arbetsrelaterad anspänning/utmattning (tabell 6) visar att stöd från den närmaste chefen minskar tecken på anspänning/utmattning med cirka 50 procent, dvs. läkarna kan slappna av och koppla bort arbetet när de kommer hem från arbetet. Även ett gott arbetsklimat på arbetsplatsen har den inverkan att läkarna håller tankarna på arbetet borta när de inte är på jobbet. Däremot visar resultatet att illegitima arbetsuppgifter, både onödiga och oskäliga, nästan fördubblar risken för anspänning/utmattning, dvs. läkarna får svårare att släppa arbetet på fritiden. Manliga läkare har ett mindre anspänning/utmattning, dvs. tänker inte så mycket på arbetet på fritiden i jämförelse med de kvinnliga läkarna.

Tabell 6. Vilken betydelse har arbetsvillkoren för arbetsrelaterat anspänning/utmattning? Justerat för ålder och kön.

Variabler	MODELL 1 Odds kvot 95% konfidensintervall	MODELL 2 Odds kvot 95% konfidensintervall	MODELL 3 Odds kvot 95% konfidensintervall
ARBETSVILLKOR			
Lean (managementmodell)	0.82 (0.55-1.24)	0.94 (0.66-1.33)	0.94 (0.67-1.32)
Ledarskapsstöd	**0.44***** (0.28-0.71)	**0.54#** (0.29-1.02	**0.57#** (0.31-1.04)
Krav i arbetet (höga)		0.98 (0.70-1.35)	1.06 (0.82-1.40)
Arbetsklimat (bra)		**0.61**** (0.44-0.86)	**0.70*** (0.51-0.97)
Tydlighet/struktur		1.15 (0.48-2.78)	1.00 (0.38-2.62)
Illegitima arbetsuppgifter		**1.87**** (1.21 -2.90)	**1.95**** (1.20-3.16)
BAKGRUND			
Kön (ref kvinnor)			**0.57*** (0.35-0.91)
Ålder (ref yngre)			1.06 (0.99-1.15)

*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001; #=p<.06

I tabell 7 presenteras vilken betydelse arbetsvillkoren har för trötthet.

Tabell 7. Vilken betydelse har arbetsvillkoren för trötthet? Justerat för ålder och kön.

Variabler	MODELL 1 Odds kvot 95% konfidensintervall	MODELL 2 Odds kvot 95% konfidensintervall	MODELL 3 Odds kvot 95% konfidensintervall
ARBETSVILLKOR			
Lean (managementmodell)	1.24 (0.89-1.72)	**1.44*** (1.07-1.94)	**1.43*** (1.07-1.91)
Ledarskapsstöd	**0.59**** (0.41-0.83)	0.84 (0.59-1.18)	0.89 (0.61-1.30)
Krav i arbetet (höga)		**2.05**** (1.29-3.27)	**2.23***** (1.48-3.38)
Arbetsklimat (bra)		0.74 (0.38-1.45)	0.81 (0.39-1.65)
Tydlighet/struktur		1.03 (0.50-2.08)	0.90 (0.44-1.86)
Illegitima arbetsuppgifter		1.27 (0.68-2.37)	1.29 (0.71-2.34)
BAKGRUND			
Kön (ref kvinnor)			0.45 (0.18-1.10)
Ålder (ref yngre)			**1.06*** (1.00-1.11

*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001

Av tabell 7 framgår att en managementmodell baserad på lean-principer har samband med ökad trötthet och höga krav i arbetet mer än fördubblar läkarnas trötthet. Äldre läkare är mer trötta än yngre läkare. Stöd från närmaste chefen minskar trötthet (modell 1) men effekten kvarstår inte när andra arbetsvillkor läggs till i analysen.

När det gäller läkares vilja att stanna kvar i arbetet på akuten, dvs. om de funderat på att byta till en annan klinik skiljer det sig i stor utsträckning mellan de 15 sjukhusen. I tabell 8

presenteras vilken betydelse arbetsvillkoren har för läkarnas funderingar på att byta klinik. Analysen visar att den enda variabeln som har ett samband med viljan att stanna kvar är ledarskap, dvs. stöd från den närmaste chefen fördubblar chansen att läkarna vill stanna kvar.

Tabell 8. Vilken betydelse har arbetsvillkoren för att funderat på att byta klinik? Justerat för ålder och kön.

Variabler	MODELL 1 Odds kvot 95% konfidensintervall	MODELL 2 Odds kvot 95% konfidensintervall	MODELL 3 Odds kvot 95% konfidensintervall
ARBETSVILLKOR			
Lean (managementmodell)	0.84 (0.52-1.35)	0.89 (0.60-1.31)	0.82 (0.50-1.35)
Ledarskapsstöd	**0.40*** ** (0.28-0.57)	**0.44*** ** (0.27-0.74)	**0.43*** ** (0.27-0.69)
Krav i arbetet (höga)		1.17 (0.57-2.37)	1.07 (0.54-2.10)
Arbetsklimat (bra)		1.09 (0.62-1.95)	1.02 (0.54-1.92)
Tydlighet/struktur		0.76 (0.44-1.31)	0.79 (0.46-1.34)
Illegitima arbetsuppgifter		1.07 (0.64-1.78)	1.05 (0.62-1.78)
BAKGRUND			
Kön (ref kvinnor)			0.52 (0.19-1.40)
Ålder (ref yngre)			0.95 (0.89-1.02)

*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001

Vid återkoppling och uppföljning av resultaten i ledningsgrupperna framkom att flera av sjukhusen haft ”problem” med akutläkarprojektet då de haft svårt att bemanna sina akutmottagningar med akutläkare. Som nämnts, har vissa akutmottagningar inte akutläkare utan ett akutläkarsystem kräver en implementering av helt ny organisations- och bemanningsstruktur på akutmottagningen

14 Diskussion

I det här kapitlet diskuterar vi akutläkares arbetsvillkor, hälsa och vilja att stanna kvar i arbetet på akutmottagningen, baserat på resultat från denna studie.

14.1 Arbetets organisering – ett fokus på patientflödet och effektivitet

Implementering av akutläkarsystemet är fortfarande i sin linda på flera av de studerade sjukhusen. Av den anledningen finns det också stora skillnader mellan sjukhusen hur arbetet organiseras på akutmottagningarna. Akutläkarnas inträde på akutmottagningarna förändrar organiseringen och skapar en ny arbets- och bemanningsorganisation. Är det tillräckligt många akutläkare, som vi sett på ett av sjukhusen, tas steget fullt ut att implementera en organisation för både läkare och övrig vårdpersonal. I en sammanhållen organisation har akutläkare liksom sjuksköterskor och undersköterskor en anställning på akutmottagningen och de har samma arbetstider och verksamhetschefer. En förutsättning för att realisera detta tycks just vara, som läkarna uttrycker, tillgång på akutläkare. Fördelen med akutläkare är att de omhändertar alla patienter oavsett medicinsk åkomma, till skillnad mot läkare från andra specialiteter och kliniker t.ex. kirurgi, ortopedi eller medicin som har ett mer bundet patientarbete till en s.k. linje.

Som vi sett i studien är en organisation dock ovanligt. Mer vanligt är att ha två parallella organisationer med parallella ledningsstrukturer inom akutmottagningen – en för läkare och en för övrig vårdpersonal. Detta är inte helt okomplicerat. Det kan skapa intressekonflikter mellan yrkeskategorierna, och som tidigare forskning visat är konfliker en riskfaktor som i värsta fall kan leda till burnout (Teixeria m.fl. 2013). Akutmottagningar uppfattas ofta som sjuksköterskornas arena, medan läkare, som har det medicinska ansvaret, uppfattar sig som faktiska ledare. Sjuksköterskecheferna har mycket makt över arbetets organisering och läkarna förmedlar känslan att de har svårt att få *ha* inflytande över arbetets organisering. Resultatet visar att läkarna kommer till korta i vissa arbetssituationer. När fler akutläkare anställs som ifrågasätter hur arbetet ska organiseras kan det rubba den inbyggda ordningen i sjuksköterskornas praktik som av tradition varit att organisera akutmottagningens arbete (Thunborg 1999). Den gråzon som uppstår mellan yrkeskategorierna bidrar till att sjuksköterskorna enligt läkarna kan känna sig hotade. Tydlighet i roll- och ansvarsfördelning är inte alltid utvecklad, vilket kan leda till meningsmotsättningar och att det är då det blir fel i kommunikationen mellan yrkes-

katagorierna. Denna studie visar dock att samarbetet för det mesta är oproblematiskt och bygger på gemensam förståelse och delat ansvar för patienterna.

Stor uppmärksamhet ägnas åt att utveckla och förbättra arbetssätt och olika arbetsrutiner för att effektivisera inflödet till och utflödet från akutmottganingarna i relation till övriga sjukvården, men även vårdprocessen inom akutmottagningen för ett mer effektivt och säkert omhändertagande av patienterna. Effektivisering av in- och utflödet av patienter styrs på många av de studerade akutmottagningarna av det politiska 1-4-timmarsmålet, dvs. att inom en timme ska patienten träffat en läkare, och den totala vistelsen ska inte överstiga fyra timmar. Införande av 1-4-timmarsmålet för effektivisering av ledtider i patientflödet på akutmottagningen har tydlig inspiration från Storbritannien där detta introducerades år 2000 (Socialstyrelsen 2010). Därtill visar resultatet att det på flera av akutmottagningarna införs olika typer av management- och flödesmodeller som exempelvis lean och vårdprogram för att styra verksamheten. Forskning visar att dessa årgärder har positiva effekter på akutmottagningars flöde och processtider (Mazzocato m.fl. 2012) men det är mer oklart vilken betydelse dessa lean-inspirerade flödesprinciper har för anställdas arbetsvillkor och hälsa (Westgaard & Winkel 2010).

Läkarnas arbete genomsyras av dessa styrningsprinciper, och de arbetsmetoder som används för att nå ett snabbare patientflöde är triage, ledningsteam och teamorganisering. Triage används i stor utsträckning vid akutmottagningarna för att i ett första steg bedöma och omhänderta patienter. Det är främst sjuksköterskor som triagerar, men ledningsteamet som ofta består av en ledningsläkare och en ledningssköterska har en tät kontakt och samarbetar med triaget. I det ideala fallet ska en läkare och en sjuksköterska teamtriagera för en effektiv och säker vårdprocess (jfr Courtenay m.fl. 2013), men i praktiken fungerar inte alltid triageringen. Studien pekar på att det finns flera förutsättningar som man måste ta hänsyn till för att få triageringen att fungera, t.ex. är det lågt eller högt patientflöde, låg eller hög personalomsättning, och låg eller hög kompetens- och erfarenhetsnivå bland tillgängliga läkare och sjuksköterskor.

Ledningsläkaren har även ett tätt samarbete med teamen där ofta en läkare och en sjuksköterska och/eller undersköterska jobbar ihop. Olika former av team kan vara effektivt (SBU 2010) och vi ser också att läkarna beskriver att akutmottagningarna går i riktning mot en ökad teamorganisering. Team och teamorganisering ges dock lite olika innebörder vid de olika akutmottagningarna. Team uppfattas som ett bra arbetssätt för det lyfter upp vardagliga problem, ökar patientsäkerheten, tydliggör ordinationer och bidrar till ökad delaktighet och stabilitet i verksamheten. I forskningslitteraturen har teamarbete och de olika yrkesgruppernas förmåga att samarbeta och kommunicera visats

vara en nyckelfaktor för att vårdprocessen skall flyta smidigt, säkert och effektivt. Viktiga förutsättningar är att teamet har en tydlig ledning, att rollerna är tydliga och att teammedlemmarna är delaktiga i beslut (Johnston m. fl., 2016, Coutenay m.fl., 2013). I studien på Astrid Lindgrens barnsjukhus (Mazzocato m.fl., 2012) där lean implementerades, ingick som en komponent att teammedlemmarnas roller formaliserades skriftligt. I vilken mån detta innebar en tydligare rollfördelning i teamet i praktiken har vi emellertid inte uppgifter om.

Det höjs även kritiska röster till att det inte alltid finns förutsättningar i verksamheten för att jobba i team. Läkarna menar att det är svårt att jobba i team när det saknas personella resurser. På vissa av akutmottagningarna är sjuksköterskebristen ett reellt problem och därför kan det inte bildas så många team som behövs för en teamorganisering. En annan förutsättning för att jobba i team och öka patientflödet är att läkaren kan ta snabba beslut och gör upp handlingsplaner på plats. Alla läkare är inte bekväma med en sådan situation, utan de vill ha mer tid för patienten. En del läkare från andra kliniker som gästar akutmottagningen då och då vill inte heller jobba i team vilket gör att teamorganisering spelar ut sin roll. Att ha akutläkare ökar teamens kapacitet och bidrar till en jämnare patienttillströmning är något som många läkare är överens om.

Att enbart ha akutläkare kan öka svårigheterna att hitta en avdelning att lägga in patienten på. Patientens väg från akutmottagningen till andra vårdavdelningar är en kritisk fas för att minska beläggningstrycket på akutmottagningen. Problemet ”access block” är välkänt och förekommer på akutmottgningar världen över (SBU 2010). Detta är ett problem framför allt för ST-läkarna i akutsjukvård. Läkarna pekar på att det som skulle underlätta arbetet och minska stressen är, till exempel att läkare på akutmottagningen får rätt att lägga in patienter på vårdavdelningar. Som det är idag har de ingen inläggningsrätt på andra kliniker utan de måste övertyga och övertala läkare på andra kliniker. Att hitta vårdplatser kräver mer tid än vad som anses vara rimligt. Kraven på läkemedelsberättelser och andra administrativa pålagor är också rutiner som kräver tid vid inläggningar.

14.2 Arbetsmiljön på akuten

Det övergripande målet för läkare på akutmottagningar är att uppfylla krav både på kvalitet och effektivitet i arbetet. Förutsättningar för detta varierar mellan de olika akutmottagningar som ingår i studien, vilket vi dock enbart redovisar på en aggregerad nivå. De arbetsmiljöfaktorer som redovisas är således mycket bättre på vissa akutmottagningar, men också betydligt sämre på andra. Som framkommit är arbetsmiljön

beroende av hur arbetet organiseras inom akutmottagningen och hur personalsammansättningen, kommunikation och samspel ser ut, men även av faktorer utanför själva akutmottagningen som hänför sig till hur sjukhuset som helhet organiserar möjligheter till inflöde och utflöde av patienter från akutmottagningen.

Hur vårdprocessen flyter är också beroende av hur arbetet organiseras och vilka arbetsuppgifter som de olika professionerna måste utföra. Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter, kallade illegitima arbetsuppgifter (Semmer m.fl., 2010), har i andra studier visat sig utgöra en allvarlig stressor i arbetslivet (Aronsson m.fl. 2012). Onödiga arbetsuppgifter definieras som uppgifter som inte borde utföras eller kunde utföras med mindre ansträngning om arbetet organiserat annorlunda. Studien visar att många läkare upplever sig ha onödiga arbetsuppgifter som i hög grad hänför sig till dokumentation och dubbeldokumentation, att jaga vårdplatser, rutiner vid överflyttning av patienter, m.m. Till oskäliga uppgifter räknas uppgifter som borde utföras av en annan yrkeskategori, t.ex. vissa administrativa arbetsuppgifter, inläggningsrutiner, och vissa rutiner kring patienten. Även denna typ av arbetsuppgifter är vanligt förekommande för läkare på akutmottagningar, de ligger utanför den professionella rollens kärna och påverkar även patientflödet. Illegitima uppgifter skapar en rollkonflikt för läkaren och hotar den professionella identiteten och läkarens värdering av sig själv, vilket i sin tur är förbundet med stressreaktioner. Semmer m.fl. (2010) visade att förekomsten av illegitima arbetsuppgifter även kan leda till kontraproduktiva beteenden. I studien finns starka samband mellan graden av illegitima arbetsuppgifter, som innebär professionella rollkonflikter för akutläkarna, och anspänning/utmattning. Detta bekräftas i andra studier som visar liknande samband mellan rollkonflikt och rolloklarhet och utmattningssymptom (Maslach m.fl. 2001). Semmer m.fl (2015) visade att illegitima arbetsuppgifter leder till stress, snarare än att de uppstår till följd av stress. Detta innebär att förekomsten av illegitima arbetsuppgifter är en aspekt i organiseringen av arbetet som är betydelsefullt att uppmärksamma.

En ofta använd modell för att beskriva samband mellan hälsa och organisatoriska och psykosociala faktorer är den så kallade krav–kontroll modellen (Karasek och Theorell 1990). Enligt modellen kan en person klara höga psykiska krav om det samtidigt finns stor möjlighet till kontroll. Studien visar att många akutläkare i mycket hög grad upplever oacceptabel tidspress, de arbetar med multitasking, det vill säga de har många olika uppgifter parallellt, har illegitima arbetsuppgifter och riskerar ofta att bli avbrutna i det arbete de utför. Det vanligaste sättet att hantera överbelastningen är att hoppa över raster för att hinna med arbetet, närmare 60 procent av akutläkarna anger denna strategi för att hantera arbetsbelastningen. Om höga krav kombineras med ett gott handlingsutrymme, det vill säga möjlighet att påverka hur och när arbetet utförs och möjlighet att använda

och utveckla sin kunskap och erfarenhet, och på det sättet utöva kontroll över arbetet, minskar risken för ohälsa till följd av höga krav, och intresset för att vara aktiva och medverka i utvecklingsarbete ökar (SBU 2015). Studien visar att mindre än hälften av akutläkarna anser sig ha eget inflytande över hur det egna arbetet skall läggas upp, vilket sannolikt delvis kan förklaras av arbetets natur. Akutläkarna upplever sig emellertid inte ha inflytande över verksamhetsnära frågor som hur arbetet ska organiseras eller hur erfarenhet utnyttjas i verksamheten. I intervjustudien inom detta projekt framgår att läkare upplever sin autonomi och sitt inflytande som reducerat på grund av organisatoriska förändringar som involverar olika former av effektivitetstal, t.ex. 1-timmes och 4-timmars målen (Bejerot m.fl. 2016). En tydlig brist finns också i ledningens förmåga att ge återkoppling till läkarna. I den professionella rollen krävs tillräcklig kunskap för uppgifterna, vilket bygger på möjlighet till lärande och utbildning. För att lära och utvecklas behöver de flesta få konstruktiv återkoppling på sitt arbete (SBU 2015). Studien pekar på att ungefär hälften av akutläkarna upplever att de kan prata med ledningen om svårigheter i arbetet och att ledningen ger stöd och uppmuntran, men få akutläkare får den återkoppling från ledningen som krävs för att göra ett bra arbete. Ledarskap och socialt stöd i arbetet utgör viktiga resurser för att de skall klara höga krav. Brister i socialt stöd från ledaren har visat sig vara särskilt starkt förknippat med symptom på utmattning eller burnout (Maslach m.fl. 2001).

Sammantaget pekar resultaten på att akutläkare har en pressad arbetssituation med höga krav och där organisering av arbetet brister, liksom stöd och återkoppling från ledarskapet.

14.3 En ny läkarprofession – möjligheter och utmaningar

Andelen specialister inom akutsjukvård ökar i landet. Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2015) har andelen utfärdade specialistbevis ökat från 6 st år 2007 till 26 st år 2014, totalt har 122 specialistbesvis utfärdats under denna tidsperiod. Enligt Läkartidningen (2015) har intresset för att anställa akutläkare ökat dramatiskt och antalet läkare som utbildar sig till specialister i akutsjukvård är högt, år 2015 sammanlagt 254 läkare. I en litteratursammanställning fann Holliman m.fl. (2011) stöd för att akutläkare som en medicinsk specialitet bidrog till bättre effektivitet både för läkarna själva och för patienten.

Resultatet visar att 93 procent av läkarna har en positiv inställning till att införa den nya läkarprofessionen, men att denna specialitet har en låg status bland etablerade

läkarspecialiteter. Att jobba på akutmottagningen har av tradition även haft en låg status bland läkare. Relationen till andra basspecialiteter i termer av revirbevakning visar att läkarna i studien har en tudelad uppfattning mellan att det finns en revirbevakning eller inte alls. Troligtvis finns det skillnader mellan akutmottagningarna beroende på hur långt de kommit med att implementera akutläkarsystemet. I införandet av en akutläkarsystemet ligger också formandet av en ny läkarprofession som både anpassas till akutmottagningens miljö, samtidigt som den utmanas av den traditionella linjeorganisationen och den praxis som tidigare funnits att sjuksköterskor organiserar arbetet.

Resultatet visar att övervägande andelen av läkarna känner en press att följa med kunskapsutvecklingen inom sin specialitet. Akutläkarna lär och utvecklar sin yrkesidentitet inom akutmottagningen och de särskilda förutsättningar som där råder, men lärande i en akutvårdsmiljö skiljer sig inte nämnvärt från andra ”icke kaotiska arbetsplatser” utan goda lärförutsättningar handlar om att kunna observera, utöva, fråga och reflektera för att lära ett yrke (Goldman m.fl. 2009). Utifrån läkarnas beskrivningar av deras lärstrategier deltar de i hög grad i interna och externa medicinska utbildningar, men inte i någon större utsträckning i konferenser, kongresser eller forskningsprojekt. Många ST-läkarna är av förklarliga skäl inte på långa vägar fullärda eftersom de genomför sin specialistutbildning. Specialisterna i akutsjukvård saknar egna forum där de kan diskutera patientfall och utbyta arbetserfarenheter i ”specialistnätverk”. Svårigheten som nämns är att formell kompetens-utveckling inte hinns med på arbetstid, utan måste schemaläggas på grund av verksamhetens oförutsägbarhet. Läkarna deltar i läkarträffar och både handleder och blir handledda i arbetet vilket stimulerar deras lärande i abetet.

På akutmottagningarna tycks det finnas goda möjligheter till lärande i det dagliga arbetet, och yrkeskunnandet sätts ständigt på prov av att läkarna måste hanterar diffusa patientproblem. Läkarna tillskriver de informella lärstrategierna som mest betydelsefulla för att lära yrket. Att diskutera patientfall och föra informella samtal med kollegor och korridorsnack, liksom att på egen hand följa upp patientfall och andra medicinska frågor i arbetet nämns som särskilt viktiga källor för lärande. Bland läkarna finns en individualistisk diskurs kring läkares lärande och det sägs ligga i läkarprofessionens identitet att inte efterfråga stöd utan att på egen hand förkovra sig på olika sätt för att lära yrket. Läkarnas krav och förväntningar på sig själva är att utveckla beslutskompetes för att fatta snabba, inte felaktiga beslut.

Även om läkaryrket har en stark självstyrd lär- och utvecklingsinriktning i sin professionella identitet krävs temaorganisering där samarbete och stöd från övrig vårdpersonal är en förutsättning för att utöva arbetet. Förvånansvärt lite av läkarnas

lärandet rör teamledning, teamutveckling samt förbättringskunskap. Läkare behöver ha teamkompetens. För att utveckla teamkompetens behövs interprofessionellt lärande och utbildning om den lokala miljön, dvs. var utrustning finns, vem gör vad i arbetet och vem man ska kalla på vid behov av hjälp (Carne m.fl. 2011). Teamet ses dock inte av läkarna som ett stöd för lärande trots att ett gott socialt klimat, socialt stöd och kommunikation visats vara viktigt för att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser och hälsopromotiva (lär)miljöer i organisationer (Gustavsson & Ekberg 2015). Teamlärande kan reducera stress i akutvårdsverksamhet (Goldman m.fl. 2009) men även förebygga stressrelaterad utarmning och öka möjligheterna att hantera nya arbetskrav (van Ruysseveldt m.fl. 2011). Att arbeta med mindre erfarna både läkare och sjuksköterskor upplevs som svårt, särskilt vid hög arbetsbelastning. Motstånd mot förändringar och förbättringsarbete finns när omsättningen av sjuksköterskor varit stor. Det kan vara svårt att driva förbättringsarbete samtidigt som nya arbetskollegor ska skolas in i olika arbetsuppgifter.

14.4 Akutläkares hälsa

I många studier rapporteras en högre förekomst av stressreaktioner, symptom på utmattning och depression, avsikt att lämna arbetet och nedsatt prestation bland akutläkare, jämfört med andra medicinska specialiteter (Escribá-Agüir m.fl. 2006; Estryn-Behar m.fl. 2010; Nugus m.fl. 2011). Utmattningssyndromet karakteriseras av påtaglig brist på energi, minskad företagsamhet och uthållighet samt förlängd återhämtningstid. Vanliga symptom är värk, sömnstörning samt koncentrations- och minnessvårigheter. Dessutom förekommer även påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress.

Akutläkarna i denna studie rapporterar en måttlig omfattning av arbetsrelaterad anspänning/utmattning, men cirka en tredjedel har svårt att slappna av och koppla bort arbetet på fritiden och lika många börjar tänka på arbetet så snart de vaknar. Liksom i flera andra studier är risken högre för kvinnor. I de multivariata analyserna visar resultaten att stöd från chefen, liksom ett gott arbetsklimat har samband med en lägre grad av anspänning och utmattning. Resultaten visar också att förekomsten av illegitima arbetsuppgifter fördubblar risken för anspänning/utmattning. Aronsson m.fl. (2012) fann i ett urval av alla läkarkategorier att risken för utmattning femfaldigades för dem som upplevde sig ofta ha uppgifter som var oskäliga. Omfattningen på oskäliga och onödiga arbetsuppgifter för akutläkare är beroende av hur arbetet organiseras och om rutiner som stödjer en effektiv vårdprocess föreligger eller ej. Dubbeldokumentation, att söka vård-platser för patienten, viss informationsöverföring, är exempel på vanligt förekommande

arbetsuppgifter som uppfattas som illegitima och som därmed utgör ett hot mot professionens identitet och leder till ökad stress.

Mer erfarna akutläkare upplever lägre grad av stress (Johnston m.fl. 2016). En hög andel av läkarna i denna studie var ST-läkare och därmed mindre erfarna, vilket innebär att de är i riskzonen för att uppleva sådan stress som kan leda till ohälsa, och har kanske därmed i förlängningen en mindre benägenhet att stanna kvar inom specialiteten. I många studier rapporteras att samarbete med oerfaren personal, läkare eller sköterskor, skapar högre grad av stress eftersom teamarbetet fungerar sämre och rollerna mellan olika professioner inte är klara (Johnston m.fl. 2016), den gemensamma ”mentala modellen” (Courtenay m.fl. 2013) saknas för ett effektivt teamarbete.

En mycket hög andel av akutläkarna rapporterar att de är både fysiskt och psykiskt trötta efter arbetsdagen, mer än 43 procent är ofta så trötta efter arbetet att de inte orkar göra något på fritiden, ytterligare en fjärdedel är detta ibland. I de multivariata analyserna framgår att akutmottagningar med högre grad av leaninslag i sin organisering av arbetet har en 1,5 gånger ökad risk för trötthet bland läkarna. Höga krav i arbetet mer än fördubblar risken för trötthet. I intervjuerna framkommer att konflikten mellan familj och arbete bidrar till tröttheten. Konflikten arbete-familj definieras som en form av intern rollkonflikt där arbetets krav och familjekrav är ömsesidigt oförenliga, att uppfylla kraven i den ena domänen gör det svårt att möta kraven i den andra domänen, vilket är en orsak till upplevelser av överbelastning. Resultat visar på betydelsen av att anpassa bland annat arbetstider till den enskilde medarbetarens familjesituation.

14.5 Akutläkares vilja att stanna kvar

Cirka hälften av läkarna har övervägt att byta arbetsgivare eller att byta klinik och en dryg tredjedel har funderat på att byta specialitet. Majoriteten av dem som svarat på enkäten är ST-läkare eller specialister inom akutsjukvård. Detta kan tolkas som att en relativt stor andel av de läkare som arbetar på akutmottagningar, eller som avser att bli specialister i akutsjukvård, inte är helt tillfreds med sina arbetsförhållanden. I de multivariata analyserna var det en enskild variabel, bristande ledarskapsstöd, som hade ett statistiskt säkerställt samband med viljan att byta klinik. Resultaten har visat att många akutläkare upplever att återkoppling från cheferna är bristfällig. I den professionella rollen krävs tillräcklig kunskap för uppgifterna, vilket bygger på möjlighet till lärande och utbildning. För att lära och utvecklas behöver de flesta få konstruktiv återkoppling på sitt arbete (SBU 2015). Ökad kompetens leder bland annat ökad förmåga att prioritera arbetsuppgifter i pressade

arbetssituationer, att veta sin roll i teamarbetet, att kunna överblicka arbetsprocessen. Chefens roll i detta lärande innebär bland annat att handleda och att organisera läkarträffar på arbetsplatsen för medicinska frågor, att vara vägvisare för yngre läkare. Inom akutmottagningarna uppges i intervjuerna att överläkare i mindre grad axlar denna roll, jämfört med andra kliniker.

Även om endast ledarskapsstöd var relaterat till viljan att byta arbete finns en rad arbetsmiljöfaktorer som kan bidra till att arbetskraven blir för stora. Fysiska och psykiska påfrestningar i arbetet har i andra studier visats ha samband med att läkare byter arbete eller önskar att byta arbete (Tziner m.fl. 2015). The conservation of Resources Theory (COR) är en stressteori enligt vilken individer söker bevara, förnya och utveckla sina resurser. När detta inte är möjligt uppstår stress (Hobfoll 2001). Med utgångspunkt från denna teori antas att när arbetskraven överstiger individens resurser återstår färre resurser för att utföra arbetet, vilket i sin tur ökar upplevelsen av stress. Dräneringen av resurser leder långsiktigt till ökad risk för arbetsrelaterad utmattning (Crawford m.fl. 2010). Tziner m.fl (2015) fann att arbetsrelaterad utmattning i sin tur hade samband med en önskan om att lämna sitt arbete. Resultaten pekar på betydelsen av att tidigt uppmärksamma symptom på utmattning för att förebygga att yngre läkare väljer att lämna arbetet. Eftersom specialiteten i akutsjukvård är en ny specialitet är behovet stort av utbildade specialister. I den mån arbetet på akutmottagningarna inte organiseras så att arbetet skapar goda förutsättningar för att ST-läkarna väljer att stanna kvar innebär det en betydande samhällsförlust.

15 Slutsatser och praktiska implikationer

Läkarna har en positiv inställning till den nya basspecialiteten och att patientflödet förbättras i vårdprocessen inom akutmottagningen. Följande slutsatser dras av denna studie.

De första slutsatsen är att de flesta akutläkare mår bra, men en tredjedel av akutläkarna har symptom på arbetsrelaterad anspänning, utmattning och trötthet. Dessa symptom är vanligare bland kvinnliga akutläkare. Symptomen har starka samband med arbetets organisering. Organisering av arbetet bidrar till förekomsten av onödiga och oskäliga arbetsuppgifter och hög arbetsbelastning. Akutläkarna har inte inflytande över verksamhetsnära frågor och upplever sin autonomi och sitt inflytande som reducerat på grund av organisatoriska förändringar. Ett gott arbetsklimat innebär att risken för att utveckla dessa symptom minskar. Ett gott arbetsklimat bygger dels på ett väl fungerande teamarbete, dels på ett gott ledarskap där akutläkarna uppfattar att de får stöd och återkoppling på sitt arbete.

Den andra slutsatsen är att införande av nya organisations- och flödesmodeller inspirerade av lean och teamorganisering används för att effektivisera arbetet. I denna förändringsprocess går verksamheten från en vertikal organisation som bygger på profession till en horisontell organisation som bygger på teamarbete. Detta kan skapa otydliga professionsgränser mellan läkare och annan vårdpersonal. Studien pekar på att det kan finnas vissa motsättningar mellan olika yrkesgrupper på akutmottagningarna och att det kan finnas oklarheter i vem som är teamledare. Tydlighet i roll- och ansvarsfördelning är inte alltid utvecklad, vilket kan leda till meningsmotsättningar. Akutmottagningar uppfattas ofta som sjuksköterskornas arena, medan läkare, som har det medicinska ansvaret, uppfattar sig som faktiska ledare. En viktig förutsättning för ett väl fungerande teamarbete är att tydliggöra rollerna och att de olika ingående professionerna får träning och utbildning i teamarbete.

Den tredje slutsatsen är att en relativt stor andel av de läkare som arbetar på akutmottagningar, eller som avser att bli specialister i akutsjukvård, inte är helt tillfreds med sina arbetsförhållanden. Ungefär hälften av läkarna har övervägt att byta arbetsgivare eller att byta klinik. Viljan att stanna kvar inom akutmottagningen har starkt samband med om läkaren får stöd och feedback från ledningen. Andra studier har visat att symptom på utmattning ökar benägenheten att byta arbete. Majoriteten av de som svarat på enkäten är ST-läkare inom akutsjukvård vilket indikerar att det är viktigt att tidigt uppmärksamma symptom på utmattning för att förebygga att yngre läkare väljer att lämna arbetet.

Hur arbetet på akutmottagningar organiseras har betydelse för arbetsmiljön och för om processer och flöden möjliggör för läkarna att utföra sitt arbete på ett säkert och effektivt sätt. En akutmottagning måste ses som en del i vårdkedjan i ett större system, men också att akutmottagningen är ett system i sig med lokala förutsättningar som styr in- och utflödet av patienter. Interventioner för att förbättra arbetsförhållanden kan därför inte begränsas till enskilda faktorer utan bygga på hur förutsättningar för hälsopromotiva arbets- och lärmiljöer skapas i organisationer.

Referenser

Aagaard Nielsen KA, Svensson L. (2006). *Action research and interactive research. Beyond practice and theory.* Maastricht: Shaker Publishing BV.

Arbetsmiljöverket. *Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården.* Rapport 2012:2.

Aronsson G, Bejerot E, Härenstam A. (2012). Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare. *Läkartidningen,* 48:2216-2219.

Bejerot E, Gustavsson M, Forsberg K, Hasselbladh H, Ekberg K. (2016) Physicians losing ground: Health reforms and management in emergency departments in Sweden. Submitted.

Bellagamba G, Gionta G, Senergue J, Béque C, Lehucher-Michel M-P. (2015). Organizational factors impacting job strain and mental quality of life in emergency and critical care units. *Int J of Occupational medicine and Environmental Health*, 28:357-367.

Berg LM, Källberg A-S, Ehrenberg A, Florin J, Östergren J, Djärv T, Brixey JJ, Göransson KE. (2016). Factors influencing clinicians´ perceptions of interruptions as disturbing or non-disturbing: A qualitative study. *International Emergency Nursing* doi:10.1016/j.ienj.2016.01.003.

Bragard I, Dupuis G, Fleet R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *European Journal of Emergency Medicine*, 22: 227-234.

Campbell SG, Sinclair DE. (2004). Strategies for managing a busy emergency department. *Cjem.* 6(4); 271-276.

Carne B, Kennedy M, Gray T. (2012). Rebiew article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emergency Medicine Australiasia* 24:7-13.

Chisholm CD, Collinson EK, Nelson DR, Cordell WH. (2000). Emergency department workplace interruptions: Are emergency physicians "interrupt-driven" and "multitasking"? *Academic Emergency Medicine,* 7:1239-1243.

Courtenay M, Nancarrow S, Dawson D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resouces for Health*, 11:57.

Crawford ER, LeOine JA, Rich BL. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology,* 95:834–848

Curtis JR, Nielsen EL, Treece PD, Downey L, Dotolo D, Shannon SE, Back AL, Rubenfeld GD, Engelberg RA. (2011). Effect of a quality-improvement intervention on end-of-life care in the intensive care unit: a randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med* 183:348-355.

Dellve L, Holden R, Williamsson A, Strömgren M, Eriksson A. (In press). Lean implementation at different levels on Swedish hospitals: the importance for working conditions and stress. *International Journal of Human Factors and Ergonomics,* in press.

Eklund J, Halvarsson Lundqvist A, Lindskog P. (2016). *Lean implementation, work environment and sustainability*. In Elg, E., Ellström, P-E., Klofsten, M. & Tillmar, M. (Eds.). Sustainable development in organizations. Studies on innovative practices. Edward Elgar Publishing.

Escribá-Agüir V, Martín-Baena D, Pérez-Hoyos S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*, 80:127-133.

Estryn-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, Aune I, Muster D, Lassauniére J-M, Prudhomme C. (2011). Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians - results from the French SESMAT study. *Emergency Med J* 28:397-410.

Gjerberg E, Kjølsrød L. (2001). The doctor–nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Social Science and Medicine* 52:189-202.

Goldman E, Plack M, Roche C, Smith J, Turley C. (2009). Learning in a chaotic environment. *Journal of Workplace Learning*, 21(7), 555-574.

Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson RÅ. (red.) (2008). *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård.* Lund:Academia Adacta.

Hendrie J, Sammartino L, Silvapulle J, Braitberg G. (2007). Experience in adverse advents detection in an emergency department: incidence and outcome of events. *Emergency Medicine Australasia* 19:16-24.

Hobfoll SE. (2001). The influence of culture community and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Journal*, 50: 337–421

Holden RJ. (2011). Lean thinking in emergency departments: A critical review. *Annals of Emergency Medicine*, 57(3): 265-278.

Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE, Cameron P, Wallis, L, Anderson PD & Clem, K. (2011). The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. *International Journal of Emergency Medicine*, 4(44), 1-10.

Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M, Crilly J. (2016).Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emergency Medicine Australasia*, 28:7-26.

Karasek RA, Theorell T. (1990). *Healthy work – stress productivity and the construction of working life.* New York, Basic Press.

Lu DW, Dresden S, McClosky C, Branzettui J, Gisondi MA. (2015). Impact of burnout on self-reported patient care among emergency physicians. *Western Journal of Emergency Medicine,* 16: 996-1001.

Maslach C, Scaufeli WB, Leiter MP. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.

Mazzocato P, Holden RJ, Brommels M, Aronson H, Backman U, Elg M, Thor J. (2012). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children´s Hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research* 12(28), doi:10.1186/1472-6963-12-28.

Morrisson JB (2008). Putting the learning curve in context. *Journal of Business Research* 61:1182–1190

Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care, *Social Science & Medicine* 71(5), 898-909.

Nugus P, Holdgate A, Fry M, Forero R, McCarthy S, Braithwaite, J. (2011). Work pressure and patient flow management in the emergency department: Findings from an ethnographic study. *Academic Emergency Medicine*. 18 (10) 1045-1052.

Nutbeam D. (1998). *Health promotion glossary.* Health Promotion International: V 0113. No. 4. Oxford University Press.

Radnor Z, Holweg M, Waring J. (2012). Lean in healthcare. The unfulfilled promise? *Social Science and Medicine, 74,* 364–371.

Rau R (2006). Learning opportunities at work as predictor for recovery and health. *European J of Work and Organizational Psychology.* 15 (2), 158–180.

Sayed MJE, El-Eid GR, Saliba M, Jabbour R, Hitti EA. (2015). Improving emergency department door to doctor time and process reliability: A successful implementation of lean methodology. *Medicine* (USA), 94: e1679.

Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL, Elfering A, Beehr TA, Kälin W, Tschan F. (2015). Illegitimate tasks as a source of work stress. *Work Stress.* 29(1): 32–56.

Semmer NK, Tschan F, Meier LL, Faccin S, Jacobshagen N. (2010). Illegitimate tasks and counterproductive behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 59:70-96.

Socialstyrelsen (2015). *Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2015*. SOSFS 2015:8. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stanton P, Gough R, Ballardie, R, Bartram T, Bamber G, Sohal, A. (2014). Implementing lean management/ Six Sigma in hospitals: beyond empowerment or work intensification? *The International Journal of Human Resource Management, 25, 21,* 2926–2940.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt.*

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2015). *Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärl sjuklighet. En systematisk litteraturöversikt.*

Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. (2013). Burnout in intensice care units – a consideration of possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicenter study. *BMC Anesthesiology*, 13: 38

Thunborg C. (1999). *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.* Linköping: Linköpingsuniversitet.

Tziner A, Rabenu E, Radomski R, Belkin A. (2015). Work stress and turnover intentions among hospital physicians: The mediating role of burnout and work satisfaction. *Journal of Work and Organizational Psychology.* 31: 207–213.

Van Ruysseveldt J, Proost K, Verboon P. (2011). The role of work-home interference and workplace learning in the energy-depletion process. *Management Revue, 22* (2), 151-168.

Walter SR, Ling L, Dunsmuir WTM, Westbrook JI. (2014). Managing competing demands through task-switching and multitasking: a multisetting observational study of 200 clinicians over 1000 hours. *BMJ Qual Saf* 23:231-241.

Waring J, Bishop S. (2010). Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. *Social Science and Medicine, 71,* 1332–1340.

Westgaard R H, Winkel J. (2010). Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems: A systematic review. *Applied Ergonomics*, 42(2), 261-296.

Wylie K, Crilly J, Toloo G, Fitzgerald G, Burke J, Williams G, Bell A. (2015). Review article: Emergency department models of care in the context of care quality and cost: A systematic review. *Emergency Medicine Australasia*, 27:95-101.

helix

LINKÖPINGS
UNIVERSITET