



**INSTITUTIONEN FÖR SOCIOLOGI OCH
ARBETSVETENSKAP**

MEDARBETARE PÅ DISTANS

En kvalitativ studie om läkares upplevda arbetsmiljö i
den digitala distansvården

Pauline Catrin Arvidsson

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i arbetsvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Kristina Håkansson

Abstract

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i arbetsvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Kristina Håkansson
Examinator:	Lotta Dellve
Nyckelord:	Arbetsmiljö, digital vård, distansarbete, läkare, work-life balance, krav-kontroll- och stödmodellen

- Syfte:** Uppsatsens syfte är att söka förstå varför läkarna har valt att arbeta inom den digitala distansvården samt undersöka hur de upplever arbetsmiljön i denna nya arbetsform.
- Teori:** Tidigare forskning kring distansarbetets påverkan på välmående och arbetsmiljö, Greenhaus och Beutells modell kring work-life balance samt Karasek och Theorells krav-kontroll- och stödmodell.
- Metod:** Studien bygger på en kvalitativ metod där empirin samlats in genom tio stycken semistrukturerade djupintervjuer. Respondenterna är läkare och arbetar i den digitala distansvården. Intervjuerna spelades in, transkriberades och kodades tematiskt för att därefter kunna analyseras med hjälp av de valda teoretiska ramverken.
- Resultat:** Resultaten visar att respondenterna valt att arbeta inom den digitala vården för att arbetet ger dem kontroll över arbetet genom inflytande över förläggning i tid och rum. Respondenterna arbetar oftast i sina egna hem när de är digitala läkare, och upplever att arbetet samtidigt ger dem en större möjlighet att kunna balansera arbetets och privatlivets krav. Samtidigt som inflytandet ökar så sjunker utmaningarna i arbetet på grund av att den digitala vården enbart tar enklare patientfall. Den fysiska arbetsmiljön blir lidande när läkarna arbetar i sin hemmiljö och på längre sikt finns det även risk för upplevd social isolation.

Tack!

Jag vill inleda med ett stort tack riktat till mina respondenter som har investerat tid, engagemang och intresse i mitt arbete. Utan er hade den här studien inte varit möjlig att genomföra. Tack för er oerhört värdefulla insats.

Jag vill också rikta ett stort tack till min handledare Kristina Håkansson som med sitt engagemang och sin tillgänglighet har varit ett fantastiskt bollplank under hela planerings- och skrivprocessen. Du har levt upp till definitionen av en god handledare och jag är genuint glad och tacksam över att ha fått handledas av dig.

Slutligen så vill jag också tacka mina nära och kära, som alltid har funnits där och stöttat mig i mina beslut, mina studier och i livets olika prövningar. Ni vet vilka ni är och ni är guld värda! Utan er hade jag aldrig varit där jag är idag.

Pauline Catrin Arvidsson

Maj 2018

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Syfte och frågeställningar	2
1.2 Disposition	2
2. Bakgrund	3
2.1 Uppsatsens bidrag till arbetsvetenskapen	3
2.1.1 Läkare - en yrkeskategori där den psykiska ohälsan ökar	4
2.1.2 Den digitala vårdens frammarsch	4
2.1.3 Det gränslösa arbetslivet och arbetsmiljöansvar	5
3. Teori och tidigare forskning	7
3.1 Distansarbete och arbetsmiljö	7
3.2 Teoretisk referensram	9
3.2.1 Work-life balance	9
3.2.2 Krav-kontroll- och stödmodellen	10
4. Metod	15
4.1 Undersökningsmetod	15
4.2 Urval	15
4.3 Insamling och bearbetning av empiri	16
4.3.1 Insamling av empiri	16
4.3.2 Bearbetning av empiri	17
4.3.3 Analys av empiri	17
4.4 Forskningsetiska aspekter	18
4.5 Studiens tillförlitlighet	19
4.5.1 Kritisk reflektion	20
5. Resultatredovisning	22
5.1 Bakgrundsinformation om respondenterna	22
5.2 Resultatredovisning och teoretisk tolkning	23
5.2.1 Läkare med gränser	23

5.2.2 Patienten i fokus - en arbetsmiljöfaktor	26
5.2.3 Utvärdering och feedback	29
5.2.4 Det virtuella sociala stödet	30
5.2.5 Flexibilitetens disfavör	32
5.2.6 Kombinera mera	34
6. Diskussion	36
7. Slutsatser	40
7.1 Förslag på vidare forskning	41
8. Litteratur- och källförteckning	42
9. Bilagor	45
9.1 Bilaga 1: Missivbrev	45
9.2 Bilaga 2: Intervjuguide	46

1. Inledning

Detta är en kvalitativ studie av läkare som arbetar med digital vård. De senaste åren har den tekniska utvecklingen revolutionerat vårt sätt att kommunicera, leva och arbeta. Möjligheten att kommunicera med en vän, släkting eller kollega som befinner sig på andra sidan på jorden ligger enbart ett knapptryck bort. Tack vare den tekniska utvecklingen är det möjligt att suddas ut de visuella och virtuella gränser som tidigare har begränsat eller rentav hindrat oss i våra handlingar. I takt med att allt fler gränser upplöses så går det även att identifiera en gränsupplösning i arbetslivet och sättet att arbeta. Att sitta på tåget, i hemmet eller i sommarstugan med sina arbetsuppgifter är inte längre en utopi. Det är ett arbetssätt som de senaste åren anammats av allt fler organisationer. Idag går det istället att se att allt fler arbeten blir digitalt baserade och förläggs på distans där medarbetaren själv väljer vart, när och hur arbetet skall förläggas.

Denna trend är påtagbar i Sveriges hälso- och sjukvårdssektor där ett flertal aktörer numera erbjuder sina patienter digitala vårdbesök där de kan träffa sjuksköterska, barnmorska, fysioterapeut, psykolog eller läkare via telefon, surfplatta eller dator. Att vårdgivare erbjuder sina patienter denna typ av distansvård beror bland annat på ett ökat tillgänglighetskrav. Sveriges befolkning växer i antal och ålder vilket innebär att vården står inför utmaningar att tillgodose ett ökat vårdbehov. Det innebär också att vården står inför utmaningar att erbjuda sin personal ett attraktivt och stimulerande arbetsliv. Att möta sin vårdgivare digitalt innebär således inte enbart en gränsupplösning för patienten utan också för sjukvårdspersonalen som inte längre nödvändigtvis är bundna till den fysiska arbetsplatsen.

De vårdföretag som erbjuder digitala läkarbesök utvecklar inte bara ett nytt sätt att möta Sveriges vårdbehov utan också ett nytt arbetssätt där samtliga medarbetare kan befinna sig på olika orter och ändå bedriva en näst intill reguljär läkarverksamhet. Det har resulterat i en ny form av distansarbete inom vården. Den digitala riktningen i läkarnas arbetsliv ställer på så sätt nya krav på arbetsmiljön - allt från den digitala till den psykosociala och fysiska arbetsmiljön. Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren det yttersta ansvaret för arbetsmiljön, oavsett vart någonstans som arbetet bedrivs (Arbetsmiljöverket, 2018, s.11). Hur upplever läkarna sin arbetsmiljö utifrån det nya distansbaserade och digitala arbetssättet, och varför har de valt att arbeta i den digitala vården?

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att med hjälp av intervjuer söka skapa en uppfattning av läkares arbetsmiljö i den digitala distansvården utifrån krav, kontroll och stöd. Studien avser även att generera en förståelse för de element som bidragit till att läkarna valt att arbeta som digitala läkare. Det mynnar ut i följande två frågeställningar;

- Varför har läkarna valt att arbeta i den digitala distansvården?
- Hur upplever läkarna sin arbetsmiljö i relation till den digitala och platsberoende arbetsformen?

1.2 Disposition

I studien kommer det att redogöras för bakgrunden kring varför läkare är en intressant yrkesgrupp att studera i relation till fenomenet med det distansbaserade arbetssättet inom vården. Arbetsmiljöverkets vägledning kring det gränslösa arbetslivet kommer också att redogöras för i bakgrundsinformation för att generera en bakgrund kring arbetsmiljöansvaret. I teorikapitlet kommer tidigare forskning kring distansarbete och arbetsmiljö att presenteras. I det teoretiska perspektivet kommer det att redogöras för de två teoretiska ramverken work-life balance och krav-kontroll- och stödmodellen.

Därefter kommer metodkapitlet som redogör för den valda arbetsprocessen, de forskningsetiska principerna, urval samt insamling, bearbetning och analys av empiri. Resultatredovisningen kommer att redogöras för med en kort presentation av respondenterna följt av en tematisk redogörelse sammanvävd med resultatanalys. Diskussionskapitlet bygger vidare på det som har börjat diskuteras i resultatredovisningen och i slutsatserna sammanvävs frågeställningarna med en sammanfattning av diskussionerna.

2. Bakgrund

Denna studie har genomförts för att studera fenomenet kring distansarbete via digitala plattformar, inom läkarkåren, ur ett arbetsmiljöperspektiv. Uppsatsens ursprungliga syfte var att studera den psykosociala arbetsmiljön, men under arbetets gång lyfte respondenterna även viktig information om den fysiska arbetsmiljön. Istället för den ursprungliga avgränsningen så kommer studien att inkludera upplevelser av båda delarna av arbetsmiljön. Studien fokuserar på läkare på grund av att det är i den yrkesgrupp som distansarbetet har vuxit fram. De studier som hittills har handlat om digitala läkarbesök fokuserar på patientens perspektiv eller på besöket ur en kvalitetsaspekt. Det saknas studier kring hur läkaren själv upplever det nya arbetssättet. Att arbeta som läkare genom informations- och kommunikationsteknik är ett fenomen som spridit sig inom vården i Sverige sedan våren 2015, och förståelse för hur fenomenet kan tänkas påverka arbetsmiljön anser jag är av stor vikt.

2.1 Uppsatsens bidrag till arbetsvetenskapen

Det finns ett samhällsnyttigt och arbetsvetenskapligt syfte till studien. Denna digitala och distansbaserade arbetsform kan, och kommer säkerligen inom några år att fortsätta spridas till andra delar av arbetsmarknaden. Det är av stor vikt att försöka skildra hur detta kan påverka och upplevas av arbetstagaren. Studiens relevans för samhället och arbetsvetenskapen är att den synliggör en ny typ av digital arbetsutveckling inom hälsa- och sjukvård och hur det nya arbetssättet kan upplevas i relation till den upplevda arbetsmiljön.

Redan år 1999 sammanfattade Standen, Daniels och Lamond (1999, s.379) sin artikel med följande uppmaning:

Home-based telework is likely to be increasingly attractive to employees seeking to balance work and nonwork goals and to employers looking for more flexible and productive forms of work organization. However, its effects on psychological well-being are complex and potentially quite significant. There is an urgent need for rigorous research that can inform practitioners how to manage these effects.

Idag, 2018, när distansarbetet tar form även inom hälsa- och sjukvård är det fortfarande aktuellt att forska kring den psykosociala, men även den fysiska arbetsmiljön i relation till distansarbetet. Jag hoppas att denna uppsats blir till ett bidrag för den framtida arbetsvetenskapliga forskningen och för utveckling och organisering av ett hälsosamt distansarbete.

2.1.1 Läkare - en yrkeskategori där den psykiska ohälsan ökar

Läkare är en intressant grupp att undersöka ur ett arbetsmiljöperspektiv. De fyller en av de viktigaste funktionerna i samhället och välfärden då deras uppdrag är att hjälpa sjuka människor. Nationalencyklopedin (NE) definierar en läkare som en person med ett yrke att bota sjuka människor, återställa skadade och hålla människor friska (NE u.å). Den utveckling som går att identifiera just nu visar däremot att en stor del av läkarna själva blir sjuka på grund av arbetet. Läkaryrket, som tidigare ansågs vara ett fritt yrke med hög autonomi, präglas numera av en tvingande styrning med begränsade möjligheter till inflytande (Nilsson, 2004, s.2582). Läkare beskrivs som en yrkesgrupp under hög anspänning med stor risk för ohälsa på grund av höga krav, lågt inflytande och lågt socialt stöd från både chefer och kollegor (Bejerot, Aronsson, Hasselbladh & Bejerot, 2011, s.2652).

År 2015 publicerades en arbetsmiljöundersökning där det framgick att den psykiska ohälsan ökar bland läkare (Lövtrup, 2016). Arbetsmiljöundersökningen visar också, precis som tidigare forskning, att läkarna upplever arbetsmiljön som sämre på grund av ökade krav på produktivitet med färre resurser och ett minskat inflytande över arbetet (Arnetz, Petersson & Prag, 2002, s.2502). Patienters tillfredsställelse undersöks kontinuerligt men det finns en avsaknad av hur tillfredsställd läkaren är i sin arbetssituation (Nilsson, 2004, s.2583). Den utveckling som nu visar på en ökning av arbetsrelaterade sjukdomar signalerar något och därför är läkarnas arbetsmiljö ett område som behöver undersökas mer. Som Bejerot et al. (2011, s. 2656) sammanfattade det - ser vi en profession i fritt fall?

2.1.2 Den digitala vårdens frammarsch

Ungefär samtidigt som läkares psykiska ohälsa började uppmärksammas så kom det år 2015 en ny arbetsform för läkare, där de har möjlighet att möta sina patienter digitalt via video eller

chatt. Den digitala vården drivs av både privata och offentliga aktörer där det uttalade syftet är att avlasta, eller komplettera den traditionella fysiska vården så att så många patienter som möjligt ska kunna få hjälp. Samtidigt innebär den digitala arbetsformen att läkaren har ett flexiblere upplägg där hen kan välja tider, dagar och arbetspassets längd.

I ett reportage från Sveriges television var 2017 året då den digitala distansvården slog igenom i Sverige (Lennen Merckx, 2018). Det finns olika variationer av hur den digitala vården är uppbyggd. Vissa regioner, som exempelvis region Östergötland, har kompletterat sina befintliga vårdcentraler med en digital funktion (Svedin, 2018). Det finns även privata vårdcentraler som erbjuder digital vård som ett komplement till den fysiska. Om de behöver komplettera det digitala besöket med ett fysiskt så har de själva möjlighet att boka in patienten till den fysiska mottagningen. Det finns även vårdföretag som enbart är digitala och inte erbjuder några fysiska läkarbesök.

2.1.3 Det gränslösa arbetslivet och arbetsmiljöansvar

Digital vård innebär att läkaren inte möter patienten fysiskt utan möter dem på distans, vilket kan klassificeras som ett distansarbete. Distansarbetet har tagit nya former och fått sådan spridning att Arbetsmiljöverket har fått i uppgift av regeringen att sprida kunskap och förståelse kring arbetsmiljön och tillämpning av arbetsmiljölagen i det gränslösa arbetet. Arbetsmiljöverket släppte i början av året en vägledning och en forskarantologi kring det gränslösa arbetslivet. Ett gränslöst arbete definieras i vägledningen som ett "arbete som är flexibelt i förhållande till tidsmässiga, rumsliga och organisatoriska gränser" (Arbetsmiljöverket, 2018, s.2-3). I vägledningen får det digitaliserade arbetslivets organisering ett stort fokus på grund av att den informationstekniska utvecklingen har förändrat möjligheterna att organisera arbete. Arbetsmiljöverket har listat ett antal utmaningar i det gränslösa arbetet och några av de som nämns är avsaknad av den gemensamma socialisationen, feedback och ergonomiska faktorer (Arbetsmiljöverket, 2018, s.7-10).

Oavsett vart någonstans eller vilken tid arbetet utförs på så har arbetsgivaren ansvaret för arbetsmiljön. Arbetsgivaren har en skyldighet att systematiskt identifiera och kartlägga risker - även för de arbeten som utförs i arbetstagarens hem eller på annan ort. När arbetet utförs på distans är det viktigt att arbetsgivaren fortfarande har kontroll över riskerna i arbetstagarens

arbetsmiljö. Den fysiska utformningen av arbetsplatsen är arbetsgivarens ansvar, oavsett om arbete sker i hemmet eller på kontoret. Arbetsmiljöföreskrifterna om exempelvis belastningsergonomi, arbete vid bildskärm och arbetsplatsens utformning är därmed lika aktuella för arbetsgivaren som har sina medarbetare på distans som den som har sina medarbetare på ett gemensamt kontor (Arbetsmiljöverket, 2018, s.11-13).

Läkare anses ha ett kravfyllt och stressigt jobb med få kontrollmöjligheter, vilket föreslås vara en förklaring till att den psykiska ohälsan ökar inom yrket (Arnetz et al., 2002, s.2496). Kan den digitala vården komplettera den traditionella, och således förbättra läkarnas arbetsmiljö genom ett ökat inflytande och kontroll över den egna arbetssituationen?

3. Teori och tidigare forskning

Det finns tidigare forskning kring platsberoende arbeten och hur de kan tänkas påverka arbetstagaren. Den första delen av detta avsnitt kommer att introducera val av teorier samt presentera en sammanställning av vad forskningen hittills har hittat kring distansarbete och arbetsmiljö. Det kommer att redogöras för de teoretiska begrepp som används i denna studie. För att analysera empirin kommer två teorier att användas och dessa är work-life balance samt krav-kontroll- och stödmodellen. Work-life balance modellen kommer att kunna hjälpa till att tolka fenomenet med ett digitalt distansarbete utifrån den upplevda möjligheten att balansera arbetslivet med privatlivet. Work-life balance är en teori med flertalet olika modeller och i denna studie kommer jag att använda mig av Greenhaus och Beutells teoretiska modell kring de tre grundorsakerna till obalans, eller work-family conflict. Istället för att använda begreppet familj kommer jag däremot att använda mig av begreppen privatliv eller fritid. Krav-kontroll- och stödmodellen kommer att vara ett teoretiskt verktyg för att tolka respondenternas upplevda psykosociala arbetsmiljö, samtidigt som de två begreppen krav och kontroll även kommer att användas för att förklara den upplevda fysiska arbetsmiljön.

Med begreppet psykosocial arbetsmiljö avses de delar av arbetsmiljön som handlar om psykiska krav i arbetet och de materiella, sociala samt organisatoriska resurser som finns för att arbetstagaren skall kunna hantera kraven (Eklöf, 2017, s.11). Med fysisk arbetsmiljö avses de fysiska delarna av arbetsmiljön som till exempel arbetsplatsens utformning, belastning och arbetsredskap (Eriksson & Larsson, 2009, s.140). Karasek och Theorell, som formade krav- och kontrollmodellen, har utvärderat modellen och kommit fram till att det kan finnas brister i att utvärdera den psykosociala arbetsmiljön enbart utifrån krav och kontroll. Den tredje faktorn, socialt stöd, som Johnson och Hall kompletterade med anses bygga bort det kritiska som Karasek och Theorell själva nämnt (Karasek & Theorell, 1990, s.56).

3.1 Distansarbete och arbetsmiljö

Tidigare forskning använder begreppen *telework* eller *telecommuting* för att beskriva distansarbete som ett arbete baserat på en eller flera typer av kommunikationsteknologier, utanför det traditionella kontoret. Den svenska översättningen av begreppen telework och

telecommuting är *distansarbete*. Datorer, mobiler och andra teknologiska avancemang har resulterat i att distansarbete har blivit en möjlighet (Major & Germano, 2006, s.19 & 27).

En individs möjligheter att uppnå balans mellan arbete och privatliv sägs öka när den yttre regleringen minskar, det vill säga när individen har möjlighet att förlägga arbetet efter egna önskemål om plats och tid (Aronsson et al., 2012, s.138). Fördelar med distansarbete anses vara flexibilitet, autonomi och interdependens. Det innebär också att arbetstagaren kan ha kontroll över tiden, sparar tid på att pendla och har en annan typ av tillgänglighet för familj eller fritid. I en studie om distansarbete från år 2000 rapporterade 80 procent av respondenterna att distansarbetet hade förbättrat deras work-life balance. Att kunna påverka sina arbetstimmar anses vara en stor del för arbetstagarens välmående (Major & Germano, 2006, s.27-29).

Nackdelarna med distansarbete kan exempelvis vara social isolering, avsaknad av synlighet inom organisationen samt en försämrad karriärutveckling. Hur mycket nackdelarna påverkar arbetstagaren beror enligt tidigare studier på hur stor del av arbetet som är distansarbete. Ju större del av arbetet som är förlagt på distans, desto större risk (Jones et al., 2006, s.8). Daniels, Standen och Lamond (2000, s.77) skriver om de fysiska arbetsmiljöproblem som kan finnas relaterade till distansarbetet. I en studie från 1994 var det enbart 14 procent av distansarbetarna som *inte* rapporterade några fysiska besvär. De fysiska problemen som relaterats till distansarbete har bland annat berott på monotona och repetitiva arbetsuppgifter, statiska arbetsställningar, dålig möblering, dåligt ljus eller dålig ventilation i hemmakontoret.

Distansarbetet, som många gånger bedrivs i den egna hemmiljön, innebär en avsaknad av pendlingsavstånd. Tidigare forskning har visat att den tiden det tar att fysiskt förflytta sig från hemmet till arbetsplatsen har stor betydelse för individen. Den tiden det tar att pendla brukar refereras till som tid att växla mellan roller. När pendlingstiden elimineras kan det också innebära att en person kan befinna sig i både arbetsrollen och den privata rollen samtidigt vilket kan orsaka stress (Standen, Daniels & Lamond, 1999, s.373). Det finns också belägg för att det finns en större risk för rollkonflikt mellan arbete och fritid när båda dimensioner utspelas på samma plats, i hemmet. Att anpassa det egna arbetsschemat efter vardagens privata bestyr som exempelvis anpassning efter förskola, apotek med mera har visat sig orsaka samma typ av stress och spänning som när privatlivet måste anpassas efter arbetsschemat (Standen et al., 1999, s.374).

3.2 Teoretisk referensram

3.2.1 Work-life balance

Med begreppet work-life balance avses en individs förmåga att framgångsrikt kunna driva sitt arbete i det arbetsrelaterade och det privata livet, utan att den ena domänen tar över eller underminerar den andra (Noon & Blyton, 2013, s.342). I verkligheten kan det vara svårt att särskilja mellan arbetsliv och privatliv på grund av att arbete är en del av livet och inte något som sker utanför. Därför pratas det istället om en upplevd obalans mellan olika sfärer eller dimensioner. En obalans mellan arbete och privatliv kan exempelvis gestaltas genom att press i arbetet kan göra det svårare för en person att fullgöra åtaganden och leva upp till förväntningar i en icke-arbetsrelaterad sfär. Familj eller andra privata åtaganden kan också pressa en person på sådant sätt att hen upplever svårigheter att fullborda sina arbetsuppgifter (Noon & Blyton, 2013, s.343). Det kan uppstå en press eller stress från olika riktningar i sfärerna. För att förstå de olika typerna av konflikter som kan uppstå i arbetslivet och privatlivet kommer Greenhaus och Beutells modell för work-family conflict att användas. Modellen beskriver tre grundorsaker till konflikt mellan arbete och familj, men rollerna i familjesfären är så pass snäva och kommer i analysen att bytas ut och diskuteras som en sfär för privatlivet. Begreppen privatliv och fritid är mer inkluderande och rymmer fler roller än vad familjesfären gör. En person kan utanför arbetet befinna sig i roller som nödvändigtvis inte behöver kopplas till familj eller partner (Jones, Burke & Westman, 2006, s.2).

Greenhaus och Beutell (1985, s.77-82) har identifierat tre grundorsaker till konflikt mellan rollerna i arbetet samt familjelivet; *tidsbaserad konflikt*, *stressbaserad konflikt* och *beteendebaserad konflikt*. Den tidsbaserade konflikten (eng. time based conflict) innebär att ett flertal olika roller slåss om en individs tid. Den tid som spenderas på aktiviteter i en roll kan inte läggas på en annan. Det finns två olika typer av tidsbaserad konflikt där den första typen menar att medlemskap i en roll kan göra det omöjligt för en individ att följa och leva upp till förväntningarna inom en annan roll. Den andra formen av tidsbaserad konflikt uppstår när tryck eller krav skapar upptagenhet med en roll trots att individen försöker leva upp till kraven inom en annan roll. Orubblighet i arbetsschemat kan exempelvis leda till en work-family konflikt. En äldre studie har identifierat att de arbetstagare som hade egen kontroll över sina scheman upplevde lägre nivåer av work-family konflikt. Personliga egenskaper påverkar också tid spenderad i respektive sfär, eller dimension. En arbetstagare som spenderar

mycket tid i rollerna som har med arbetet att göra kommer att ha mindre tid att lägga på rollerna i hemmet. Stora familjer, eller familjer med småbarn upplever ofta högre nivåer av konflikter mellan arbete och familj (Greenhaus & Beutell, 1985, s.78-80).

Den stressbaserade konflikten (eng. strain-based conflict) är ett resultat av en rollproducerad stress. Ett flertal stressorer i arbetet kan orsaka symptom på stress eller spänning som bland annat kan leda till ångest, utmattning, och irritation. En stressbaserad konflikt uppstår när stress i den ena rollen påverkar prestationsförmågan i en annan roll (Greenhaus & Beutell, 1985, s.80). Denna typ av konflikt resulterar oftast i en sidoeffekt av negativa känslor från en domän till en annan (O'Driscoll, Brough & Kalliath, 2006, s.118). Rollerna blir inkompatibla på sådant sätt att stressen orsakad i den ena rollen gör det svårt att leva upp till förväntningarna eller kraven i en annan. Oklarhet eller konflikt i arbetsrollen kan korreleras till konflikt mellan arbete och familj (Greenhaus & Beutell, 1985, s.80). Stressorer i arbetet kan leda till att personen tar ut sin irritation på familjemedlemmar (O'Driscoll, Brough & Kalliath, 2006, s.118). Tidigare forskning har kunnat identifiera ett samband mellan konflikt mellan arbete och fritid, arbetsmiljö och psykiska samt fysiska krav i arbetet. Många arbetstimmar, övertid och en orubblighet i schemaläggning kan som tidigare nämnt orsaka en tidsbaserad konflikt men det kan också leda till en stressbaserad konflikt. Problem i hemmet, avsaknad av stöd eller familjekonflikter kan likaså skapa konflikter och stress i arbetsrollen (Greenhaus & Beutell, 1985, s.81).

Med den beteendebaserade konflikten (eng. behaviour-based conflict) avses rollbeteenden som inte överensstämmer med beteenden i en annan roll. Det ligger till exempel olika förväntningar på beteendet hos en chef jämfört med rollen som förälder. En person som inte kan särskilja på de olika beteenden som förväntas i respektive roll kommer mest troligt att uppleva en beteendebaserad konflikt mellan de olika rollerna (Greenhaus & Beutell, 1985, s.81-82).

3.2.2 Krav-kontroll- och stödmodellen

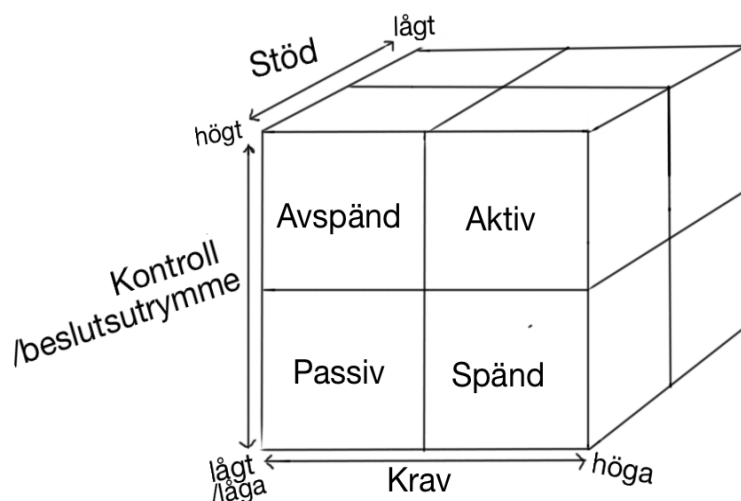
Krav-kontroll- och stödmodellen är en modell som kan användas för att förstå en medarbetares psykosociala arbetsmiljö och risk för ohälsa utifrån arbetets funktion och organisering i relation till olika nivåer av psykiska och fysiska krav, beslutsutrymme och

socialt stöd. Ursprungsmodellen hette krav- och kontrollmodellen och togs fram av Karasek och Theorell år 1979. Modellen visade sig vara användbar på många olika plan men Johnson och Hall valde att expandera modellen med en tredje dimension, socialt stöd (Arnold et al., 2016, s.381). Tidigare forskning hade visat att det sociala stödet i relation till krav och kontroll kunde modifiera den påverkan som psykiska krav i arbetet kan ha (Johnsson & Hall, 1988, s.1336).

Det finns studier som visar att arbetets krav tillsammans med tidspress och konflikter utgör en signifikant risk för en medarbetares psykosociala hälsa. Samtidigt visar forskningen också att arbeten med höga krav, inom rimliga gränser, inte utgör den största hälsorisken. Den största arbetsrelaterade riskfaktorn verkar vara en medarbetares bristande kontroll över arbetets krav och hur kunskapen används. Det visade det sig att det fanns en ökad risk i ett kravfyllt yrke när höga krav ställdes i relation till låg kontroll över det egna arbetet (Karasek & Theorell, 1990, s.9).

Med *krav* menas produktivitetskrav som kan delas in i kognitiva, kvalitativa, kvantitativa, emotionella och fysiska krav. Begreppet *kontroll* innefattar bland annat kontroll över kunskap, det vill säga användningen av den egna kunskapen, eller handlingsutrymme i arbetet eller beslut av olika slag. En person som upplever sig ha en förlorad kontroll över arbetssituationen eller den egna kunskapen kan uppleva stress (Karasek och Theorell, 1990, s.61-65, 138). *Stöd* avser det sociala stödet som chef eller kollegor kan bidra med. Det sociala stödet kan handla om feedback, handledning eller gemenskap på arbetsplatsen. Höga nivåer av socialt stöd anses agera som en buffert för höga krav (Arnold et al., 2016, s.381).

Genom att använda begreppen krav, kontroll och stöd har Karasek och Theorell utvecklat en modell för att kunna bedöma den psykosociala arbetsmiljön och en medarbetares risk för ohälsa. Arbetet kan utifrån modellen klassificeras i fyra olika kategorier som redogörs för i figuren nedan; *aktivt arbete*, *spänt arbete*, *passivt arbete* och *avspänt arbete*.



(Figur 1. Krav-kontroll- och stödmodellen kombinerad utifrån Karasek & Theorell, 1990, s.70 samt Johnson & Hall, 1988, s.1336).

Spända arbeten uppstår när de psykologiska kraven i arbetet är höga och beslutsutrymmet är lågt. Det spända arbetet är det arbete där individen utsätts för den största risken för arbetsrelaterad stress och ohälsa (Karasek & Theorell, 1990, s.32-33). Här har individen höga psykologiska krav riktade mot sig och låg kontroll över arbetet samt låga möjligheter att kunna påverka sin arbetssituation.

Det aktiva arbetet innebär att individen kan prestera högt utan att drabbas av någon negativ stress eller spänning. I det aktiva arbetet läggs mycket energi på problemlösning och resulterar oftast i en effektiv läroprocess där personerna själva kan utvärdera vad som var bra och vad som eventuellt behöver modifieras till nästa gång (Karasek & Theorell 1990, s.36).

I ett avspänt arbete har individen få psykologiska krav och hög kontroll över arbetet. De individer som befinner sig i avspända arbeten har den lägsta risken att drabbas av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Beslutsutrymmet i denna kategori är högt vilket innebär att individen kan reagera på var enskild uppgift på ett optimalt sätt. Det finns inte många utmaningar i det avspända arbetet (Karasek & Theorell, 1990, s.36).

Det passiva arbetet karaktäriseras av låg kontroll och låga krav. Individer som befinner sig i passiva arbeten utmanas inte av arbetet och riskerar att tappa kunskap samt motivation. Det passiva arbetet utgör, efter det spända arbetet, en av de största riskerna för ohälsa. Individerna i denna typ av arbete får nästan aldrig prova nya idéer. På grund av att arbetet karaktäriseras

av få utmaningar och låga krav så tappar individen i det långa loppet både motivation och kunskap. Personer i passiva arbeten utsätts sällan för psykologiska stressorer men arbetet i sig resulterar istället i att individen känner sig otillfredsställd (Karasek & Theorell, 1990, s.37-38).

FIGURE 2-2
The occupational distribution of psychological demands and decision latitude
(U.S. males and females, N = 4,495)



SOURCE: Data from Quality of Employment Surveys 1969, 1972, 1977. Figure reprinted from Karasek 1989a; used with permission of Baywood Publishing Co.

(Figur 2. Spridning av psykologiska krav och kontrollmöjligheter i olika yrken Karasek & Theorell, 1990, s.43).

I figuren ovan har positioneringen av läkaryrket (eng. physician) understrukits med ett rött streck. Ett exempel som Karasek och Theorell (1990, s.35) tar upp är att läkare - exempelvis kirurger, har visat sig befinna sig i aktiva arbeten då de trots att de har höga och intensiva krav under en operation, så har de en hög kontroll över arbetet och är fria att använda sina

kunskaper. De senaste studierna visar däremot tvärtom, att många läkare idag befinner sig i ett spänt arbete på grund av låga kontrollmöjligheter kombinerat med höga krav och lågt socialt stöd (Bejerot et al., 2011, s.2652).

Det valda problemområdet syftar till att skapa en förståelse av hur läkarna upplever sin arbetsmiljö. Det empiriska materialet speglar således upplevelser av både den psykosociala och den fysiska arbetsmiljön. Den fysiska arbetsmiljöns yttre och inre exponering, dos, effekt och kapacitet är inte något som studien fokuserar på. Istället för att använda en belastningsergonomisk modell för att förklara den fysiska arbetsmiljön så kommer jag att använda Karasek och Theorells begrepp *krav* och *kontroll*, på ett nytt sätt, för att exemplifiera hur läkarnas distansarbete upplevs påverka den fysiska arbetsmiljön.

4. Metod

4.1 Undersökningsmetod

Denna studie utgår från en kvalitativ metod där empirin är insamlad genom tio stycken semistrukturerade djupintervjuer. På grund av att studien syftar till att fånga upplevelsen av att arbeta i den digitala vården så bedömdes den kvalitativa forskningsmetoden vara lämplig för att ge detaljrika svar (Bryman, 2011, s.413). Genom att samla in empiri genom semistrukturerade kvalitativa intervjuer och därefter bearbeta och analysera innehållet så ansågs det kunna generera en djupare förståelse för upplevelsen av fenomenet än vad en, exempelvis kvantitativ enkät, hade kunnat göra (Patel & Davidsson, 2011, s.13-14). Genom att studien även är explorativ i sin karaktär så innebär det också att det har möjliggjort djup informationsinhämtning kring det specifika problemområdet (Patel & Davidsson, 2011, s.12).

4.2 Urval

För att få en så bred förståelse som möjligt för arbetsmiljön i relation till att vara läkare på distans så var kriterierna i urvalet att respondenterna skulle arbeta som läkare för ett vårdföretag som erbjuder digital vård. Urvalet har varit målstyrt efter uppsatsens syfte (Bryman, 2011, s.350). Rekryteringen av respondenter har skett på två olika sätt vilket har genererat respondenter från olika organisationer. Flera företag som erbjuder digital vård kontaktades per mail där de fick information om den kommande studien samt behovet av respondenter. De ombads skicka informationen vidare till sina läkare och ett antal intervjuer genererades på detta sätt. Ett annat tillvägagångssätt, som genererade flest respondenter, var genom nätverkstjänsten LinkedIn. Där lades det på en filterfunktion i sökfältet så att det gick att söka fram de personer som arbetade som läkare för någon av de digitala vårdgivarna. Samtliga läkare som uppfyllde urvalskraven fick en kontaktförfrågan med information om uppsatsen. Jag informerade kort om anonymiseringskravet och nyttjandekravet och strax innan planerad intervju skickades ett missivbrev ut via email eller meddelande på LinkedIn (se bilaga 1). I missivbrevet redogjorde jag bland annat för studiens syfte samt hur jag skulle förhålla mig till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Där fanns också kontaktuppgifter till mig och min handledare.

Totalt tio personer ingår i studien där hälften är kvinnor och hälften är män. Att det blev en sådan jämn spridning mellan kvinnor och män var inte något som eftersträvades för studien utan något som visades ha genererats per automatik när materialet upplevdes vara mättat. Åldersspannet för respondenterna är stort där den yngsta är 30 år och den äldsta är över 55 år. Jag anser det vara positivt att åldersspridningen är så pass bred. Likaså visade det sig att hälften av respondenterna var anställda genom vanliga anställningskontrakt medan den andra halvan fakturerade som konsulter via eget bolag. Jag tror att spridningen av kön, ålder samt anställningsform gör att studien lyckas fånga in många olika perspektiv för att förstå det digitala distansarbetet relaterat till den upplevda arbetsmiljön.

4.3 Insamling och bearbetning av empiri

4.3.1 Insamling av empiri

Empirin för denna studie har samlats in genom semistrukturerade djupintervjuer som har varierat i längd där den kortaste inspelningen var 45 minuter och den längsta var 70 minuter. En övervägande del av intervjuerna varade en timme. Det explorativa förhållningssättet har påverkat allt från urvalskriterier, forskningsfrågor och intervjuerna i sin helhet genom att insamling av data har genomsyrats av en form av öppenhet (David & Sutton, 2016, s.99). En tematisk intervjuguide upprättades i god tid innan intervjuerna, för att fånga in de teman som kunde vara lämpliga för förståelsen av läkarnas arbetsmiljö (David & Sutton, 2016, s.114). Även om intervjuguiden var omfattande med många frågor så har den precis som namnet antyder endast varit en guide.

En intervju är precis som David och Sutton säger, ett samtal med ett syfte (2016, s.115). Den semistrukturerade intervjuguiden (se bilaga 2) bestod först av en presentation av mig själv och syftet med studien. Frågor följde därefter vissa utstakade teman med allt från bakgrundsinformation till teman som rörde digital, psykosocial och fysisk arbetsmiljö. Frågorna har inte varit skrivna i sten utan de har anpassats, kompletterats eller uteslutits beroende på var enskild intervjusituation. Intervjufrågorna som ställdes efterföljdes av spontana följdfrågor för att förstå olika fenomen. Det fanns ett antal kärnfrågor som kunde formuleras på olika sätt beroende på kontext men de efterföljdes många gånger av följdfrågor

eller klagörande frågor. Enligt David och Sutton (2016, s.115) ökar forskarens kreativa förmåga när hen får strukturera frågorna spontant beroende på intervjusituationen.

Innan inspelningen startades hade jag och respondenten en introducerande konversation. Efter intervjun hade vi ett avrundande samtal där jag tackade för medverkan och frågade om respondenten hade några frågor. David och Sutton (2016, s.120) menar att detta är ett sätt för forskaren att kunna få värdefullt material kring själva utformningen av intervjun eller det ämne som studien behandlar.

I och med att denna studie studerar en ny arbetsform, som är ett resultat av den digitala och tekniska utvecklingen, så kändes det naturligt att nyttja tekniska verktyg för insamling av empiri. Intervjuerna genomfördes via dator där nio intervjuer var videosamtal och en intervju var ett röstsamtal. Tanken var att samtliga tio intervjuer skulle genomföras via videosamtal, men vid ett intervjutillfälle fungerade inte respondentens kamera. Varje intervju spelades in för att innehållet därefter skulle kunna transkriberas, koder och tematiseras.

4.3.2 Bearbetning av empiri

Efter varje avslutad intervju skrev jag ned mina tankar och reflektioner kring de svar som givits. Därefter påbörjades transkriberingen av intervjuerna som var tidskrävande, men gjordes i etapper mellan intervjutillfällena, dels för att hitta intressanta teman och formulera nya frågor, men också för att inte spara all transkribering till slutet. Bryman (2011, s.429-430) menar att den kontinuerliga analysen möjliggör för en djupare förståelse för de teman som identifieras i intervjumaterialet.

4.3.3 Analys av empiri

Eftersom intervjuer genererar kvalitativ data som skrivs ut genom transkribering så anses det vara en form av textanalys. Ett syfte med kvalitativ metod är att identifiera enighet i materialet på sådant sätt att det tillåter en generell beskrivning (David & Sutton, 2016, s.260). Att lyssna till intervjuerna och skriva ut dem genom transkribering ger en annan dimension till förståelse för innehållet. En del av analysen började redan i transkriberingsfasen då det handlade om att tolka och tematisera. De koder och teman som fångades upp vid bearbetning av empirin skrevs ned och omarbetades ett flertal gånger. David och Sutton (2016, s.277)

förespråkar att forskaren bör skriva upp de koder som kan identifieras och därefter förfina, eller gallra för att slå samman eller ta bort vissa teman. Målet var att ha så få teman som möjligt samtidigt som varje tema skulle innehålla tillräckligt mycket för att täcka samtliga aspekter som framkom ur empirin.

4.4 Forskningsetiska aspekter

Vid genomförandet av en vetenskaplig studie är det viktigt att inta ett etiskt förhållningssätt och se till att efterfölja Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Det finns fyra huvudkrav att efterfölja och dessa är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2002, s.6).

Informationskravet innebär att forskaren skall informera sina respondenter om deras uppgift i studien samt villkor för deltagande. Uppgiftslämnarna skall få information om att deltagande i studien är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång, utan att bli ifrågasatta (Vetenskapsrådet, 2002, s.7). Innan intervjun fick respondenten missivbrevet utskickat med mer detaljerad information. De som valde att medverka fick frågan om de läst brevet innan intervjun och om de inte hade det så fick de en muntlig version av brevet innan intervjun påbörjades. De fick också reda på att de när som helst kunde avbryta sin medverkan.

Med *samtyckeskravet* menas att forskaren skall inhämta uppgiftslämnarens, eller respondentens, samtycke för medverkan i studien. Respondenten har därefter rätt att självständigt avgöra på vilka villkor de vill delta och kan när som helst välja att avbryta sin medverkan utan några negativa följder eller påtryckningar (Vetenskapsrådet, 2002, s.9-10). Vid första kontakttillfället informerades samtliga personer om studien samt valfriheten att medverka. När respondenten hade fått både skriftlig och muntlig information, och fortsatt valde att medverka tolkades detta som samtycke.

Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om de personer som deltar i studien skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifter skall hanteras på sådant sätt att obehöriga ej kommer åt dem (Vetenskapsrådet, 2002, s.12). Redan vid första kontakttillfället fick

respondenterna reda på att personliga uppgifter, så som namn eller yrkestitel, kommer att anonymiseras i studien. Jag har därför valt att använda fiktiva namn. På grund av att jag inte ville att de påhittade namnen skulle färgas av min uppfattning av intervjupersonerna så valde jag att utgå från Statistiska centralbyråns (SCB) namnstatistik för nyfödda år 2017 (SCB, 2018). Där valde jag ut fem tjejnamn och fem killnamn från listan. Jag valde de namn som inte var alltför lika varandra.

Nyttjandekravet står för att de uppgifter som samlas in endast skall användas för forskningsändamål. Uppgifterna får inte användas eller nyttjas för kommersiellt bruk eller andra syften som inte har med vetenskap att göra (Vetenskapsrådet, 2002, s.14). Likt de andra tre forskningsaspekterna redogjordes det även för nyttjandekravet i den skriftliga och muntliga versionen av missivbrevet. De uppgifter som samlats in genom intervjuerna är endast avsedda för forskningsändamål.

4.5 Studiens tillförlitlighet

Kvalitativ forskning handlar inte om att mäta, eller kvantifiera något. Begreppet validitet har därför inte heller en given betydelse i en kvalitativ studie. Tillförlitligheten i denna studie har istället redogjorts för genom beskrivning av forskningsprocessen och metodval i relation till problemområdet. Då urvalet består av tio läkare som arbetar för olika organisationer så kan resultatet föreslås agera som en vägvisare för fenomenet, men det går inte att hävda att resultatet är generaliserbart för en större grupp eller andra sociala miljöer. Resultatet beskriver en sammanställning av tio läkares upplevelser där läsaren kan bedöma studiens tillförlitlighet och tillämpning (Bryman, 2011, s.351-355).

Som Bryman (2011, s.213) säger så är det viktigt att skapa en tillitsfull relation. För att få så djupa svar som möjligt så var det viktigt att skapa en tillitsfull relation mellan mig och respondenterna och jag upplever att jag lyckades skapa ett fullgott förtroende. Respondenterna var öppna med erfarenheter inom både arbetet och utanför. Trots att frågorna kunde vara känsliga så var det ingenting som verkade begränsa svaren. Det märktes också när respondenterna lyfte fram exempel på både för- och nackdelar med distansarbetet inom

vården. Om respondenterna inte hade upplevt ett förtroende hade de säkerligen lyft fler fördelar än nackdelar men jag fick en god bild av båda sidor.

4.5.1 Kritisk reflektion

En stor del av respondenterna har rekryterats via LinkedIn. De risker som kan finnas kopplade till det skulle kunna vara det faktum att vem som helst kan ljuga om sitt yrke eller skriva att hen jobbar på en viss arbetsplats när det i verkligheten kanske inte är så. Det försökte jag undvika genom att inspektera personernas profil. Baserat på den empiri som genererats och de teman som har kunnat urskiljas så verkar det inte ha varit någon av respondenterna som har utgett sig för att vara något de inte är.

Att samla in empiri via videosamtal är ett nytt tillvägagångssätt som jag använde mig för att försöka skapa det bästa av två världar och föra samman fördelarna med telefonsamtalet och den fysiska intervjun. De svagheter som kan finnas kopplade till telefonintervjuer är exempelvis avsaknaden av kroppsspråk eller ansiktsuttryck. Bryman (2011, s.210) menar att telefonintervjuer ibland kan klassificeras som mindre pålitliga än direkta intervjuer på grund av att respondenter kan svara 'vet ej' eller vara missnöjda med intervjuens längd. Detta kan dock anses vara eliminerat tack vare videosamtalet och tydlig information inför intervjuerna om beräknad tidsåtgång. Det skulle därför också kunna argumenteras för att de svagheter som kan finnas relaterade till direkta intervjuer, exempelvis påverkan av intervjuarens fysiska närvaro eller att det valts ut en obekvämlig eller otrygg plats att mötas på, näst intill elimineras (Bryman, 2011, s.208-210). Intervjuerna kunde ske i hemmet eller någon annanstans där respondenten kunde känna sig trygg i att besvara frågorna.

Via video kunde vi ta del av ansiktsuttryck och kroppsspråk. Den enda skillnaden jämfört med en direkt intervju var att vi satt på olika geografiska platser. Jag tycker att videosamtalen lyckades eliminera de riskfaktorer som vanligtvis associeras med olika intervjumetoder. Den intervju som blev en telefonintervju upplevdes som naturlig och jag fick ingen uppfattning om att det var något som begränsade svaren.

Jag upplevde tillvägagångssättet som positivt och det blev lättare att boka in intervjutillfällen när varken jag eller intervjupersonen behövde förflyttas för att genomföra intervjun. Jag fick en känsla av att metoden underlättade möjligheten att vinna respondenternas förtroende. Vi

kunde ha ögonkontakt, le och nicka under intervjun, vilket Bryman menar är en viktig del för att skapa en god relation (2011, s.213). De nackdelar som jag har kunnat identifiera med tillvägagångssättet är att både jag och respondenterna blir beroende av tekniken. Jag hade två intervjutillfällen då min dator slocknade så att samtalen bröts under inspelning. Ett annat exempel var att en av respondenterna satt på en plats där det var dålig täckning vilket gjorde att ljudet och bilden försvann ibland.

5. Resultatredovisning

5.1 Bakgrundsinformation om respondenterna

Nedan följer en kortare presentation av respondenterna. Ålder har klassificerats i kategorierna 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 samt 50+ för att minimera risken att respondenterna skall kunna identifieras. I de enskilda presentationerna redogörs det också för om respondenten är anställd på vanligt kontrakt eller arbetar som konsult genom eget bolag.

William befinner sig i ålderskategori 35-39 och är specialistläkare. Han har kombinerat traditionellt vårdcentralsarbete med att vara digital läkare på timmar men påbörjade för någon vecka sedan en ny tjänst som heltidsanställd på företaget. Den nya tjänsten innebär mer fokus på medicinskt ansvar och kvalitet än patientmöten.

Alice befinner sig i ålderskategori 30-34 och är legitimerad läkare. Hon har erfarenhet av arbete på olika sjukhusmottagningar. Alice började som timanställd digital läkare men har numera en heltidsanställning på vårdföretaget där hon arbetar som digital läkare hälften av tiden och resten av tiden arbetar hon mer administrativt.

Olivia befinner sig i ålderskategori 45-49 och är specialistläkare. Innan hon deltidanställdes som digital läkare så har hon arbetat på både på sjukhus och vårdcentral. På grund av att hon vill vidareutbilda sig som specialist inom en annan medicinsk inriktning så kommer hon att avsluta anställningen som digital läkare.

Oscar befinner sig i ålderskategori 30-34, är specialistläkare och arbetar som konsult för vårdföretaget. Han har en heltidsanställning på ett sjukhus och jobbar extra som digital läkare.

Liam befinner sig i ålderskategori 30-34 och är legitimerad läkare med erfarenhet av vårdcentralsarbete. Han började som digital konsultläkare på timmar men sedan någon månad tillbaka har han en heltidstjänst som riktas mer mot den medicinska kvaliteten i den digitala vården än patientmöten.

Ella befinner sig i ålderskategori 35-39 och är specialistläkare. Hon har tidigare kombinerat sin tjänst på sjukhus med att vara timanställd digital läkare. Hon kommer snart att börja arbeta som heltidsanställd digital läkare.

Adam befinner sig i ålderskategori 30-34 och är specialistläkare.. Han arbetar på timmar som konsult för vårdföretaget kombinerat med att driva ett företag. Innan han började arbeta för vårdföretaget arbetade han som läkare på vårdcentral.

Hugo befinner sig i ålderskategori 40-44 och är specialistläkare. Han arbetar som timanställd digital läkare och har utöver det en heltidstjänst på en vårdcentral.

Astrid befinner sig i ålderskategori 50+, är specialistläkare och arbetar som konsult som digital läkare två till tre arbetspass per vecka. Utöver det arbetar hon i den traditionella vården.

Saga befinner sig i ålderskategori 35-39, är legitimerad läkare och arbetar heltid som digital konsultläkare för vårdföretaget. Hon har erfarenhet av den traditionella sjukvården.

5.2 Resultatredovisning och teoretisk tolkning

Det har identifierats sex stycken gemensamma teman som framkommer ur samtliga intervjuer. Respektive tema kommer att redogöras för nedan och varvas med analys för att undvika upprepning samt slippa dela upp resultat och analys i olika delar.

5.2.1 Läkare med gränser

Vid frågan om varför respondenterna valt att arbeta som digitala läkare handlar det om allt från att respondenterna har ett personligt intresse för teknik, till att de velat prova ett nytt och innovativt arbetssätt. Några respondenter hade, innan de började arbeta som digitala läkare, haft funderingar på att byta karriär på grund av att de inte längre trivdes i den traditionella sjukvården “... jag övervägde att överge alla de här åren som jag utbildat mig till detta och få tänka om för jag tänkte att såhär kan jag inte ha det och såhär kan jag inte må” (Saga).

Vid analys av empiri blir det tydligt att respondenterna har valt att arbeta via digitala plattformar på grund av kontrollen som arbetet ger. Kontrollen har olika betydelser för olika läkare men den del av den kontroll som har identifierats är den som ger läkarna möjlighet till *inflytande* över arbetets förläggning. Inflytandet leder till en ökad möjlighet att uppnå en tidsmässig balans mellan arbete och privatliv och minskar den upplevda stressen i båda sfärer

(Greenhaus & Beutell, 1985, s.80-81). Läkarna har på det här sättet möjlighet att själva lägga upp när, var och hur länge de vill arbeta. Distansarbetet har inte enbart inneburit ett förändrat arbetssätt eller ett ökat tidsinflytande. Det har också resulterat i att läkarna har kunnat anpassa sitt arbete efter privatlivet och den egna livssituationen. Nu kan läkarna använda privatlivet som gräns för arbetet.

Just det här livspusslet som ändå är extremt utmanande där jag har kompisar och kollegor som jobbar inom den traditionella vården där de håller på att gå under just för att tiderna inte är anpassningsbara och inte är möjliga när man har små barn eller en stor familj till exempel (Saga).

Så som livssituationen ser ut för Saga idag så har hon en stor familj där både hon och hennes man arbetar. När hon arbetade i den traditionella vården upplevde hon att hon inte hade någon makt över arbetstiden eller arbetssituationen vilket ledde till att hon blev utbränd och var tvungen att sjukskriva sig. Utifrån Greenhaus och Beutell (1985, s.80-81) kan det förslås ha varit både en stressbaserad konflikt i det krävande arbetet men också en tidsbaserad konflikt då tiden inte räckte till för båda dimensioner. Saga uppger att hon hade höga krav riktade mot sig samtidigt som det var stressigt med många svåra beslut att fatta, men i slutändan så var det hennes brist på inflytande och kontroll över arbetet som gjorde henne sjuk. Idag trivs hon bra med sin arbetssituation då hon har kunnat schemalägga sig så att hon får ihop en heltidstjänst, samtidigt som hon kan vara tillgänglig för familjen. Saga kan numera sätta gränser i arbetet efter livssituationen och beskriver det som att "... jag har makten över mitt patientflöde och min arbetssituation".

Ella upplever det här arbetssättet som en stor frihet. När hon arbetade på sjukhuset beskriver hon det som att vara i någon annans händer utan möjlighet att påverka arbetstiden. Hon berättar att när hon hade opererat en patient på sjukhuset så var hon alltid fullt ansvarig för uppföljning och efterarbetet med patienten vilket innebar att hon inte bara kunde åka hem för dagen. Det krävdes mycket mer anpassning för hennes del då det istället var jobbet utgjorde gränserna för när hon kunde åka hem. När hon arbetar digitalt så kan hon skicka iväg en patient på provtagning utan att behöva vänta på provsvaret själv. Det kan hon lämna över till bakjouren innan hon stänger ned datorn för dagen. Bakjouren lämnar över patientärendet till en kollega som är i tjänst så att denne återkopplar till patienten. På detta sätt upplever Ella att

hon kan släppa arbetet för dagen utan att oro sig för att patienten inte får den vård den behöver.

Oscar använder det digitala arbetet på ett annorlunda sätt än exemplen ovan. Utöver att arbeta extra som digital läkare några pass per vecka så har han en heltidsanställning på ett sjukhus. På sjukhuset arbetar han in lediga dagar, kompledighet, genom exempelvis helgarbete och jourarbete. Istället för att ta ut sina inarbetade dagar i pengar så tar han ut dem i ledighet. Normalt sett har alla heltidsanställda fem veckors betald semester, men när han slår samman sina komptimmar så kommer han ofta upp i fem till sju veckor extra ledighet per år. Det kan totalt bli tolv veckor ledigt och Oscar menar att det är för lång tid att sitta still. Han brukade då hoppa in extra på vårdcentraler runt om i regionen. Det blev dock mycket resande och han har idag ett litet barn vilket innebär att han inte orkade vara borta för mycket. Det digitala läkararbetet möjliggör arbete på hans egna villkor.

De exempel som är redogjorda för är endast ett par utdrag men samtliga respondenter är eniga i att arbetet numera kan ske på deras villkor. Det går att koppla till den ökade kontrollen över arbetet som också kan kopplas till krav-kontroll- och stödmodellen (Karasek & Theorell, 1990, s.58-60). De tidigare erfarenheter som respondenterna har delat med sig av har illustrerat att deras privatliv tidigare har styrts av hur arbetet varit upplagt. Genom att arbeta som digitala läkare så kan de numera själva dra gränser för arbetet efter privatlivet och den egna viljan. Detta tema går att koppla till work-life balance då läkarna kan balansera samtliga sfärer och fördela tiden mellan arbete och fritid, eller privatliv. Det kan tidigare ha upplevts som en obalans mellan arbete och fritid genom en stressbaserad konflikt i ett kravfyllt och stressigt arbete, eller en tidsbaserad konflikt på grund rigida arbetstider som inte passar privatlivets åtaganden. Enligt respondenterna är det något som de själva har makten över nu. Det innebär att det digitala och distansbaserade arbetssättet inte bara ger läkarna inflytande över arbetets förläggning utan det ger dem också möjlighet att balansera sina åtaganden och roller i respektive sfär på ett nytt sätt (Greenhaus & Beutell, 1985, s.80-81).

De har utifrån tolkning av krav-kontroll- och stödmodellen fått kontroll över arbetet genom ett ökat inflytande och upplever en lägre grad av arbetsrelaterad stress (Karasek & Theorell, 1990, s.61-62). Det nyfunna inflytandet minskar den upplevda stressen och utifrån Greenhaus och Beutells tids- och stressbaserade konflikter så ger inflytandet möjlighet att förlägga arbetet så att läkarna upplever mindre stress och kan arbeta efter de tider de vill och kan.

Samtidigt så upplever läkarna att de kan ge patienten den tid de behöver utan att känna någon stress. Möjligheten att förlägga arbetstiderna efter egen önskan innebär att läkarna kan undvika konflikt av att spendera mer tid i den ena sfären än den andra (Greenhaus & Beutell, 1985, s.81).

5.2.2 Patienten i fokus - en arbetsmiljöfaktor

Det går att identifiera två olika riktningar av hur kraven och inflytande påverkas i det digitala distansarbetet. Inflytandet har i tidigare tema benämnts som tidsinflytande över den egna arbetstiden men det kan också betyda att läkarna har en annan typ av inflytande i patientmötet när de arbetar digitalt. Respondenterna uppger att patientmötet får ta den tid som patienten behöver utan att de behöver känna en stress i att de har en kö som väntar. Oavsett vilket vårdföretag som läkarna arbetar för så har de ett riktvärde på 15 minuter per patient. Arbetssättet beskrivs dock som dynamiskt och läkarna delar köer med varandra. En patient som söker hjälp via videosamtal för något som går snabbt att bedöma kan ibland ha ett kortare möte än 15 minuter. Då kan läkaren automatiskt ta nästa patient som står i kö när ärendet är avslutat. Om en läkare har en patient med psykiska problem kan besöket istället ta 30 minuter. De läkare som arbetar via chatt har istället flera patientärenden på gång samtidigt.

Flera respondenter uppger att om de har ett patientmöte på vårdcentralen eller sjukhuset som drar över på tiden så drabbar det inte bara dem själva genom att de får stressa och hoppa över fika eller lunch, utan det drabbar även patienterna som får vänta ännu längre.

Så nej, så var det definitivt alltså det var ofta som man missade sina fikapauser helt klart. Då körde man ju hela dagen förutom lunchen – och till och med där fick man jobba in lunchen ofta. I princip varje dag hade jag mer eller mindre liksom ont i nacken efter jobbet, huvudvärk och stressymptom. Då kände jag att nej men jag kan inte jobba såhär. (Adam)

Det har beskrivits som en stress av flera av respondenterna när de inte kan hålla tiden i den fysiska vården, men det är något som har arbetats bort i den digitala vården tack vare att läkarna har gemensamma patientköer. ”Kraven är ju att alltid jobba patientsäkert och att alltid göra ett väldigt bra jobb - det vill man ju som vårdgivare och vårdpersonal alltid göra” (Hugo). Att ha patienten i fokus är faktiskt en arbetsmiljöfråga för läkarna. Deras uppdrag är

att hjälpa sjuka människor och när de känner att de inte kan fullfölja sitt läkaruppdrag så mår de dåligt av det. Omvärlden och patienten har höga krav på läkarna men det har de även på sig själva.

Tidsinflytandet ger läkarna möjlighet att erbjuda patienten tillräckligt med tid. Det är flera respondenter som talar om en upplevd stress i den traditionella vården när ett patientmöte tar längre tid än avtalat, vilket påverkar resten av patienterna och innebär att läkarna måste stressa för att försöka ta igen förlorad tid. Några respondenter uppger att de kände en maktlöshet och frustration när de hade patienter med ett vårdbehov som de inte tillgodose på grund av tidsbrist.

Vi är tillgängliga för patienten vilket är fruktansvärt frustrerande när man jobbar i den vanliga sjukvården. Där är det svårt att boka in sina patienter på återbesök – man vet att de står på kö och man vet att det inte finns några tider till dem. Det är inte bara jobbigt för patienterna utan det är också jobbigt för dem som jobbar på klinikerna. Man blir ju ledsen till slut... (Ella)

Ella reflekterar i citatet ovan över hur hon upplevde maktlösheten att inte kunna ge patienterna den tid de behövde i den traditionella vården. När hon möter sina patienter genom det digitala mötet så upplever hon sig kunna göra ett bra jobb och samtidigt vara tillgänglig på patientens villkor. Om hon har en patient via de digitala plattformarna som behöver ett längre möte än hon först trodde så kan hon överskrida de avtalade 15 minuterna och ge patienten det utan att hon själv eller nästa patient blir lidande. Liam berättar att schemalaggningen är dynamisk på sådant sätt att patienterna normalt sett inte är bokade till en enskild läkare vilket innebär att läkaren inte behöver känna sig stressad om ett patientmöte tar längre tid än vad som estimerats.

Det finns också en annan dimension av tidsinflytandet som resulterar i att läkarna kan hantera de krav som ställs på dem som läkare men att de inte längre utmanas i sitt arbete. De patientfall som de får via de digitala plattformarna är lättare patientfall som oftast inte kräver någon uppföljning, och om det behövs uppföljning eller återbesök så hänvisas det oftast till den fysiska vården. Alice sa till exempel det att ”i nuläget så tar ju vi på företaget lättare fall än om jag hade jobbat på en vårdcentral, så det är inte riktigt lika svåra medicinska grejer”. Hon rapporterade att en av de framtida utmaningarna för den digitala vården är att öka den

medicinska stimulansen för läkarna så att det blir variation mellan enkla och svåra fall. Respondenterna ser på enkla och svåra patientfall på olika sätt. Olivia ser till exempel att det är positivt för hennes del att hon inte arbetar med tunga patientärenden.

På företaget är det fler patienter men lättare fall. På vårdcentralen var det mycket mer administrativt arbete där man ska hänvisa, lägga planer för rehabilitering och olika intyg. Det finns mycket mer administrativt på vårdcentralen och det är många tunga patienter eller kroniska patienter /.../ Då är det absolut inte lika tufft som att sitta på en vårdcentral för då sitter du inte med långa samtal där du ska ge en cancerdiagnos eller så (Olivia).

Olivia säger att hon personligen föredrar att kunna hjälpa en patient och sedan avsluta ärendet. Att se samma patient varje gång som aldrig blir bättre är något som hon upplever som frustrerande. Oscar ser dock tvärtom på det. Anledningen till att han inte arbetar heltid med digitala patientmöten är just på grund av att han är rädd att förlora kunskap genom att enbart arbeta med enkla åkommor.

Det enda som stoppar mig är det att det inte kommer bli någon karriärutveckling om man bara jobbar såhär. Ja... Det finns ju omväxling när man jobbar kliniskt som inte finns på företaget. Även om det är något som man verkligen vill ta tag i så kan man inte det. Man kan ju beställa prover och följa upp dem men för mig personligen, om jag är intresserad av ett fall och tycker att det här är spännande så vill jag gärna ta hand om patienten själv. Då vill jag helst träffa dem personligen och undersöka dem och ja, det kan man inte göra via företaget än så länge vilket gör att man kanske börjar tappa kunskap... (Oscar).

Utifrån krav och kontroll går det att identifiera att det nya arbetssättet ger läkarna kontroll i form av inflytande. I patientmötet har de möjlighet att hantera kraven genom tidsinflytandet, det vill säga möjligheten att ge patienten den tid som läkarna bedömer vara nödvändig. Samtidigt som inflytandet höjer förmågan att hantera arbetets krav så minskar arbetets utmaningar. Läkarna får istället näst intill enbart hantera de enkla patientfallen inom den digitala vården, vilket resulterar i att ett flertal respondenter upplever att deras medicinska utveckling stagnerar. ”Så fort det blir svårt så skickas det vidare till en riktig vårdcentral och

det är det som gör att jag inte skulle vilja jobba med det här på heltid. Jag är som en avancerad 1177 typ och det är inte tillfredsställande för mig i alla fall” (Adam).

I takt med att möjligheten att hantera kraven ökar så minskar de medicinska utmaningarna. Det går att identifiera ett avvägande mellan medicinsk utveckling eller möjlighet att hantera kraven i arbetet. När läkaren äntligen kan bemöta kraven så får hen istället inga direkta utmaningar vilket skulle kunna placera dem i det avspända arbetet utifrån krav-kontroll- och stödmodellen (Karasek & Theorell, 1990, s.36).

5.2.3 Utvärdering och feedback

Efter ett läkarbesök får patienten möjlighet att svara på ett antal frågor för att betygsätta läkaren och den digitala tjänsten. Denna bedömning har läkarna själva möjlighet att ta del av och av de som har intervjuats så används dessa kommentarer regelbundet som feedbackinstrument. Ett flertal respondenter vittnar om att det är sällan som de får återkoppling i den traditionella vården. Alice sa att hon får mycket mer feedback idag än vad hon skulle få i den traditionella vården. De gånger de får feedback så handlar det oftast om att något gått snett eller att någon är missnöjd och de är inte särskilt vana vid att ta del av positiv återkoppling. Att de har möjlighet att ta del av patientens kommentarer om dem betyder mycket då de kan få bekräftelse i sitt arbete men också få ta del av konkreta förbättringsåtgärder.

Det är ju såhär att i den fysiska vården hör du ju ofta när något gått snett eller när saker och ting är dåliga och då blir det väldigt snabbt att man tänker shit, jag gör ju allting dåligt - allting jag hanterar och handlägger blir ju bara knas, och då missar man ju att i 99 av 100 fall så är det sjukt nöjda patienter. Problemet är att en nöjd patient får du aldrig höra någonting av (Liam).

En av läkarna som arbetar via videosamtal hade till exempel via kommentarerna fått reda på att patienten var missnöjd för att han inte fick ögonkontakt med läkaren i videosamtalet. Hon tyckte att patienternas kommentarer var ett viktigt verktyg för förbättring i arbetet. Oscar berättade att han ofta gick in för att läsa patienternas kommentarer, speciellt om han kände att han hade ansträngt sig lite extra. Det visar sig dock att det kan leda till viss besvikelse när

patienten inte har lämnat någon kommentar för att bekräfta arbetet. Läkarna får ofta läsa att det är snabbt, smidigt och flexibelt och att patienten har fått den hjälp som hen behövde.

De omdömen som patienterna lämnar granskas också av ansvariga på kontoret. De som är mer medicinskt ansvariga på kontoret brukar återkoppla till läkarna med kommentarer om vad patienterna har sagt och ge allmän feedback på det utförda arbetet. Då får läkarna samtidigt återkoppling på deras journalföring och eventuella förbättringsområden. Ella berättade att hon får "höra att det där gjorde du jättebra, patienten var jättenöjd. Det är ju jättekul att få höra det för det lyfter en väldigt mycket i jobbet också så att det inte bara är när det går fel".

Läkarna upplever feedbacken som väl fungerande i de digitala plattformarna då de får både positiva samt konstruktiva omdömen. Feedbacken kan agera som ett komplement till det kollegiala sociala stödet (Karasek & Theorell 1990, s.71-72).

5.2.4 Det virtuella sociala stödet

I den här typen av arbete blir all kommunikation digitalt baserad. Som William sa så "är det mycket du och din dator, ja". Arbetssättet bygger på att arbetstagarna ska kunna sitta var som helst och utföra sitt arbete och kontakten med kollegorna speglas på samma sätt. Oavsett vilken arbetsgivare som respondenterna har så använder de samma chatt- och forumsverktyg för att kommunicera med kollegor. Vid osäkerhet i en medicinsk fråga så kan läkaren skicka iväg ett meddelande till en specifik kollega eller skriva ett inlägg som flera kollegor kan svara på.

Vi har byggt lite grann av ett community där vi skapar en känsla av gemenskap och det är liksom lite motsägelsefullt att vi pratar om gemenskap när man sitter utspritt i hela Sverige och kanske inte har träffats *in person* men det är väldigt många som delar denna känsla med mig... (Liam).

Flera respondenter upplever att de har fler kollegor som de kan få hjälp av och känslan av ett bättre kollegialt stöd än vad de är vana vid från den traditionella vården. Liam, som har arbetat på flera olika vårdcentraler, berättade till exempel att utifrån hans erfarenhet så är läkaryrket generellt i sig egentligen ett ensamyrke men genom att arbeta digitalt så får man en annan typ av tillgång till att kunna kommunicera med fler kollegor. Vid frågan om det

kollegiala stödet i det digitala arbetssättet framgick det att flertalet upplever det som bättre än vad de tidigare har erfårit. Olivia berättade till exempel om att hon blev utsatt för ett hot riktat mot sig i arbetet och då fanns det alltid stöd för henne i de digitala forumen. Hon berättade att på vårdcentralen hade hon inte samma stöd utan då skulle hon, enligt henne själv bara vara ”tuff och ta emot”.

För Adam är den sociala kontakten i arbetet viktig. Han har tillgång till att prata med sina kollegor i olika trådar i forumet som de har valt att döpa efter de klassiska rummen som kan finnas på en vårdcentral till exempel fikarummet och APT-rummet. Företaget han arbetar för har valt att konstruera det kommunikationsgemensamma verktyget efter de olika rumsliga miljöer som speglar vad för typ av innehåll som kommunikationen innehåller. Trots att Adam är positiv till den kollegiala känslan så är han personligen kritisk till att enbart arbeta på det här sättet.

Jag kan inte prata för alla såklart men jag tror för majoriteten av människor så blir man nog galen om man jobbar med det heltid. Jag kan inte prata för alla men för mig är riktig, jag ska kanske inte säga fysisk kontakt men alltså att ha en arbetsplats att gå till, ha arbetskolligor fysiskt tror jag är ganska viktigt faktiskt (Adam).

Saga, som har småbarn, tycker att det är skönt att kunna få arbeta för sig själv och kommunicera på sina villkor, men säger också att hon i längden kan behöva ett kontor med kollegor. Ella, som ska gå upp till heltid, menar däremot att den kollegiala kontakten var något hon funderade kring innan hon började arbeta i den digitala vården. Hon reflekterade över hur mycket hon skulle sakna fikasnacket men kom snabbt fram till att det var väldigt sällan som hon ändå kunde ta del av det när hon arbetade på sjukhuset. Där slängde hon oftast i sig sin lunch på stående fot i tio minuter och fikan hann hon nästan aldrig med.

Utifrån empirin går det att identifiera att det sociala stödet i den digitala vården upplevs som högt. Det verkar inte spela någon roll om läkaren arbetar på timmar, deltid eller heltid i detta fall. Trots att de flesta aldrig har träffat sina kollegor så känner de en gemenskap och ett stöd i att de finns där för varandra genom den digitala tillgängligheten och de har möjlighet att vara delaktiga i något. Den klassiska så kallade sjukhushierarkin existerar inte i den digitala vården enligt respondenterna. Oavsett om läkarna är underläkare, specialistläkare eller överläkare så

är det inte samma typ av “suck... vad dum du är det här borde du veta” som Olivia säger. Med det sociala stödet som teoretiskt begrepp möjliggör de digitala kommunikationsverktygen kommunikation på läkarens villkor och det sociala stödet i arbetet upplevs som högt (Karasek & Theorell, 1990, s.71-72). Flera respondenter ser däremot ett behov att i längden kunna få träffa sina kollegor fysiskt.

5.2.5 Flexibilitetens disfavör

Det framgår att det främst är den fysiska arbetsmiljön som anses vara den största nackdelen med att arbeta på distans. Precis som tidigare forskning om distansarbetet visat så finns det risker i att arbeta på distans (Standen et al., 1999, s.373). De största riskerna som har identifierats är den fysiska arbetsmiljön, otydlighet i arbetsmiljöansvar och riktlinjer samt social isolation. Den fysiska arbetsmiljön är dock något som är centralt för respondenterna. Distansarbetet handlar om att sitta vid datorn vilket resulterar i mycket stillasittande. För att jämföra med vårdcentralen så går läkaren och hämtar patienten i väntrummet och på sjukhuset springer läkaren på larm. Det är många som märker att stillasittandet i den digitala vården kan bli ett problem i längden. Utöver den minskade rörelsen i arbetet så går det att identifiera en risk ur belastningsergonomisk synpunkt samt utifrån arbetsplatsens utformning.

Nu har jag en skrivbordsstol som är kass och ett gammalt antikt skrivbord som är alldeles för lågt egentligen. Jag har tänkt att det är något som jag måste göra något åt för jag får ont i min högerarm när jag jobbar med musen och skriver och sådär (Astrid).

Astrid är inte heller ensam om prata om en bristande fysisk arbetsmiljö i hemmet. Saga har inte arbetat heldagspass mer än några veckor men märker redan av ergonomiska problem. Hon berättar att hon det första året har suttit och arbetat med datorn på hennes sovrumsgolv på grund av att hon inte hade ett hemmakontor. Numera sitter hon vid ett litet bord i köket men märker efter ett par veckors heltidspass att det inte heller är optimalt då en nerv har hamnat i kläm på sådant sätt att hennes ben sover. Alice säger att hon skulle behöva ha en bättre arbetsplats hemma och köpa en kontorsstol och andra kontorsmöbler. Det är några av respondenterna som har köpt in höj- och sänkbart skrivbord och ställbara kontorsstolar, men den övervägande delen av respondenterna har inte gjort det. Det går att identifiera en brist i

den ergonomiska kunskapen kring arbetsmiljön, det vill exempelvis säga hur läkarna ska sitta eller hur datorskärmen ska vara stationerad för att undvika nackbesvär.

I och med att vårdföretagen har det yttersta arbetsmiljöansvaret, även vid distansarbete så är det av stor vikt att se över rutiner för att arbeta med detta (Arbetsmiljöverket, 2018, s.11). Egenföretagare som hyr ut sig själva som konsulter och arbetsgivaren har ett gemensamt ansvar för arbetsmiljön, vilket innebär att konsulterna har ett större ansvar för den egna arbetsmiljön än vad tim-, deltid-, eller heltidsanställda har. Astrid sade till exempel att “många jobbar ju på egna företag som underleverantörer eller konsulter så de har ju ändå ett eget ansvar för det”. När respondenterna fick frågor som rörde arbetsmiljön blev det tydligt att det var väldigt få som hade rätt utrustning i hemmakontoret eller kunskap om den psykosociala arbetsmiljön i arbetet. Samtliga läkare genomför sina pass framför en datorskärm men det är väldigt få som vet vad de behöver tänka på för att undvika psykosocial ohälsa eller framtida belastningsskador.

Det går, som tidigare forskning funnit, att identifiera en allvarlig risk på sikt där läkarna riskerar att få skador på grund av en bristande fysisk arbetsmiljö (Standen et al., 2000, s.77). Det går också att identifiera risk för en eventuell upplevelse av social isolation (Jones et al., 2006, s.8). Patienten i fokus är en självklarhet inom vården men det går också att se att det kan utgöra en risk för de som faktiskt arbetar inom den. Att lägga precis all fokus på patienten verkar kunna resultera i att den egna hälsan i arbetet och arbetsmiljön blir sekundär. Det finns följaktligen ett behov för läkarna att bli informerade om hur de kan förhålla sig till diverse arbetsmiljöaspekter när de arbetar i hemmet. Utifrån de teoretiska begreppen krav och kontroll går det att analysera den fysiska arbetsmiljön och identifiera att läkarna har låga krav och hög egenkontroll. De stora riskerna och bristerna i den fysiska arbetsmiljön kan anses vara en av nackdelarna med att ha friheten att förlägga arbetet vart som helst. När både läkarna och arbetsgivarna har låga krav på den fysiska arbetsmiljön i relation till hög egenkontroll resulterar det istället i att den fysiska arbetsmiljön blir en risk för ohälsa. Det innebär en risk för arbetstagarna men också för vårdföretagen som hålls ytterst ansvariga för de anställdas arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket är däremot tydliga med att arbetsgivaren har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön oavsett om den är på kontoret eller hemma hos arbetstagaren. På grund av att arbetet utförs åt vårdföretagen så gäller arbetsmiljölagen och

arbetsmiljöföreskrifterna på precis samma sätt som det i fysiska kontoret (Arbetsmiljöverket 2018:11).

5.2.6 Kombinera mera

Det har redan framkommit till viss del hur läkarna ser på den digitala vården. Även om denna studie har fokus på den digitala vården så är det svårt att inte inkludera läkarnas erfarenheter från den traditionella vården. Det har framkommit detaljer om den traditionella vården som respondenterna själva har identifierat som ohälsosamma faktorer.

Det finns inte många distriktsläkare idag som jobbar 100 procent och det är något man måste fråga själv att varför är det så? Kan det här kanske då vara en möjlighet att de då ser det mer möjligt att jobba 100 procent? Kanske jobba hemifrån en dag i veckan och göra det, eller var som helst på jorden egentligen och kunna jobba med det här, det är ju helt fantastiskt. Det skapar andra möjligheter än vad man har haft tidigare (Hugo).

En övervägande del av respondenterna arbetar som digitala läkare på timmar eller deltid. Ingen av läkarna upplever det digitala arbetet som dåligt men det är väldigt få av dem som tror att det är ett optimalt arbetssätt, som det ser ut just nu, att göra på heltid i längden. Det är inte heller någon som tror att den digitala vården någonsin kommer kunna ersätta den fysiska men däremot så tror samtliga att en kombination av den traditionella och den digitala vården är optimal.

Min personliga åsikt är att det absolut inte hade fungerat i längden. Men där tror jag att man är olika som person i hur mycket kontakt med andra människor man behöver. För egen del kan jag säga – aldrig i livet. Det hade varit väldigt ensamt på sikt (William).

En kombination av de båda arbetssätten föreslås som något positivt och flera respondenter ser kombinationen som ett mer hälsofrämjande arbetssätt. På så sätt får läkarna mer inflytande över arbetet när de kan förlägga en eller två dagar på arbete hemifrån. Samtidigt får de inte för få medicinska utmaningar om de varvar den digitala vården med den fysiska. En kombination, som flertalet av respondenterna förespråkar, av båda arbetssätt skulle sålunda kunna innebära

att läkarna hamnar i det aktiva arbetet i krav-kontroll- och stödmodellen – även i längden (Karasek & Theorell, 1990, s.35-36).

6. Diskussion

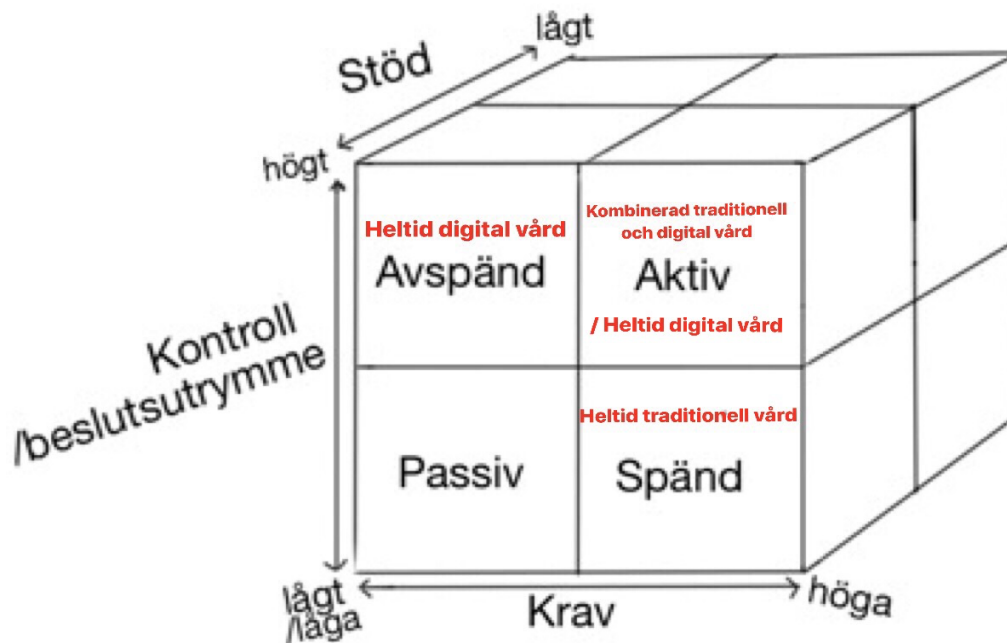
Det distansbaserade och digitala arbetssättet som har vuxit fram inom vården upplevs ha många fördelar men det går också att identifiera nackdelar. De uppenbara fördelarna är att det ger läkarna inflytande över arbetets förläggning, det vill säga när, var och hur de vill arbeta. Detta är något som de tidigare inte har upplevt att de har kunnat göra. Som en av respondenterna formulerade det så var hon tidigare helt och hållet i någon annans händer. Ett antal respondenter i denna studie har uppgett att de har mått dåligt i den traditionella vården just på grund av att de har höga krav på sig i arbetet samtidigt som de har upplevt en låg kontroll över den egna arbetssituationen. Det här arbetssättet innebär att de kan göra ett gott arbete men på deras egna villkor.

Genom att läkarna upplever att de har fått kontroll, eller inflytande, över arbetet så har det också resulterat i att gränsdragningen mellan arbete och privatliv upplevs som enklare. I den traditionella sjukvården upplevde ett flertal vad som skulle kunna refereras till som en tidsbaserad konflikt mellan tiden i arbetet och privatlivet. Tidigare innebar den tidsbaserade konflikten att arbetet i den fysiska vården inkräktade på privatlivet. På grund av svårigheten att kontrollera tidsaspekten kring hur arbetet förlades så fanns det en känsla av att det inte gick att kunna leva upp till de krav och förväntningar som fanns i både arbetet och privatlivet vilket även kan kopplas till en stressbaserad konflikt (Greenhaus & Beutell, 1985, s.78-81). Det kan därför tolkas som att det låga inflytandet ledde till en obalans som det digitala arbetet har kunnat normalisera. En aspekt som tidigare forskning har identifierat är det faktum att distansarbetet kan göra det svårare att sätta gränser mellan arbete och privatliv på grund av att en person som både arbetar och lever i hemmet kan befinna sig i två roller samtidigt (Standen et al., 1999, s.373). Den insamlade empirin i denna studie visar dock på att distansarbetet i läkarnas fall tvärtom, ger en ökad upplevelse av att gränsdragningen är enklare.

Karasek och Theorell (1990, s.61) beskrev hypotesen att när en arbetstagare får kontroll eller inflytande över arbetet så minskar den upplevda stressen samtidigt som förmågan att lära ökar. Samtidigt som det har blivit enklare att balansera livet så går det att se att läkarna inte längre utmanas på samma sätt som de gjorde i den fysiska vården. I den digitala vården får de och kan de endast ta hand om de enklare sjukdomsfallen. Detta innebär att de inte kan vara delaktiga i patientens hela resa och inte ta hand om de svårare fallen som kräver fler

utredningar och återbesök. Flera respondenter har lyft fram att de aldrig skulle kunna arbeta med digital vård på heltid på grund av det. Det verkar som om de som valt att arbeta på det här sättet på heltid gör det på grund av den nuvarande livssituationen. Det går att identifiera två olika vägar beroende på hur livssituationen ser ut. De som upplever fler krav från privatlivet ser det som en frihet att kunna arbeta på det digitala sättet. Genom att arbeta som läkare via digitala plattformar på heltid så kan de leva upp till de krav och förväntningar som finns just nu i livet samtidigt som de kan känna att de gör nytta i arbetet. De upplever att de finns tillgängliga och sätter patienten först samtidigt som de kan arbeta på sina villkor. De läkare som har valt att komplettera den traditionella vården med det digitala ser det som något som kan inkorporeras varje vecka för att få variation i arbetet men också i kontroll och inflytande.

Major och Germano (2006, s.27-29) beskrev att ett ökat inflytande över arbetets förläggning i tid och rum har en stor påverkan på en individs upplevda välmående och möjlighet att balansera arbete med fritid. Det nya arbetssättet upplevs vara fritt och obundet där läkarna kan arbeta när det passar dem. Detta har resulterat i att de upplever en ökad känsla av egenkontroll genom inflytande och en möjlighet att anpassa arbetet efter privatlivet och inte tvärtom. När arbetet är tids- och platsberoende ökar den upplevda kontrollen över arbetet. Kraven kan sjunka något på grund av att arbetet inte längre utmanar läkarna på samma sätt när de enbart tar de enkla patientfallen i den digitala vården. Läkarna tar fler patienter per timma i den digitala vården men det är inte samma typ av medicinska utmaning. Det sociala och kollegiala stödet beskrivs vara bättre än de tidigare har erfarit. Läkarna uppger att de alltid har möjlighet att prata med sina kollegor eller bolla medicinska frågor i de digitala plattformarna. Det finns en bakjour som kan kontaktas vid osäkerhet i medicinska frågor. Det nyfunna inflytandet i tid och rum leder till en ökad känsla av möjlighet att balansera arbetet och privatlivet utan att den ena dimensionen tar över den andra. Möjligheten till work-life balance ökar enligt respondenterna i takt med att de fått frihet i arbetet.



(Figur 3. Tolkning av respondenternas berättelser och placering i krav-kontroll- och stödmodellen)

Som figuren ovan visar så kan de som arbetar extra inom den digitala vården befinna sig i det aktiva fältet i krav-kontroll- och stödmodellen där de också upplever ett högt socialt stöd, där stödet också agerar som en buffert mot höga krav (Arnold et al., 2016, s.380). De läkare som arbetar heltid inom den digitala vården kan antas hamna antingen i det avspända eller det aktiva fältet beroende på hur de upplever och tolkar arbetets krav (Karasek & Theorell, 1990, 35-36). Det digitala arbetet innebär att läkaren tar fler patienter på en dag än vad hen hade gjort i den fysiska vården. Samtidigt får de enbart enklare patientfall vilket innebär att de inte utmanas lika mycket. Beroende på hur de själva definierar och upplever kraven så kan de befinna sig antingen i det aktiva eller avspända arbetet när de arbetar i den digitala vården (Karasek & Theorell, 1990, s.96).

Ytterligare en av distansarbetets nackdelar har identifierats vara den fysiska arbetsmiljön. När läkarna har möjligheten att arbeta i hemmet så innebär det att hemmiljön måste leva upp till samma fysiska krav som det traditionella kontoret. Det gemensamma arbetsmiljöansvaret, där arbetsgivaren har det yttersta ansvaret och medarbetaren skall vara delaktig i arbetsmiljöarbetet, verkar ha hamnat sekundärt. Som Olivia sade i intervjun så är ”arbetsmiljön sekundär när man jobbar såhär”. Samtidigt som läkarna befinner sig i det avspända eller aktiva arbetet så har de också låga krav och hög kontroll över den fysiska

arbetsmiljön (Eriksson & Larsson, 2009, s.145-146). Arbetsgivarna ställer inga krav på den fysiska arbetsmiljön i läkarnas hem och det gör inte läkarna själva heller. Läkarna har således hög kontroll och inflytande över den fysiska arbetsmiljön men det innebär istället att den upplevs utgöra en risk. Resultaten som redogjorts för kan även kopplas till tidigare forskning och trots att urvalet är litet kan det föreslå en riktning om arbetsmiljön i läkarnas distansarbete.

7. Slutsatser

För att dra slutsatser från resultatredovisningen och diskussionen så kommer uppsatsens frågeställningar att vävas in i de resultat som uppdagats.

Varför har läkarna valt att arbeta i den digitala distansvården?

En slutsats som kan dras är att läkarna inte väljer det digitala arbetssättet enbart av tekniskt intresse eller för att det är en innovativ arbetsform, utan den största anledningen är att det digitala arbetet möjliggör arbete hemifrån och en frihet att själv styra över arbetet, det vill säga inflytande som kontrollfaktor. Flera respondenter uppger sig ha erfårit stresssymptom samt stressrelaterade arbetssjukdomar på grund av att de har upplevt att den traditionella vården har haft höga krav på dem samtidigt som de själva har haft låga kontrollmöjligheter över arbetet. Att ha möjligheten att arbeta som läkare på distans innebär en ökad upplevelse av att kunna balansera arbete och fritid samtidigt som det ger läkarna kontroll över arbetets förläggning i tid och rum.

Hur upplever läkarna sin arbetsmiljö i relation till den digitala och platsoberoende arbetsformen?

Utifrån ett psykosocialt arbetsmiljöperspektiv upplevs arbetsformen vara positiv när respondenterna beskriver resurser i form av tidsinflytande, kontinuerlig feedback och ett ökat kollegialt stöd för att kunna hantera kraven i arbetsuppgifterna. I längden finns det dock risker som kan påverka essentiella delar av arbetsmiljön. Att inte utmanas i arbetet eller att ha liten möjlighet till karriärutveckling kan leda till att den psykosociala arbetsmiljön i längden försämras. Bristerna i den fysiska arbetsmiljön utgör en risk både ur ett belastningsergonomiskt perspektiv men också ur ett psykosocialt. När arbetsgivarna inte har några krav på den fysiska arbetsmiljön och ger läkarna full kontroll över den så upplever läkarna att den fysiska arbetsmiljön brister.

Sammanfattningsvis så är det inte den digitala vården, eller plattformsarbetet i sig som är det viktigaste för läkarna utan det är 1) att de kan leverera en insats som sätter patienten i fokus och 2) att de får inflytande över arbetets förläggning. När patienten kan få den vård som behövs och läkarna själva har inflytande över arbetet så upplever de att de hamnar i ett aktivt

arbete med möjlighet att balansera arbete och fritid. De har förbättrat sin psykosociala arbetsmiljö utifrån inflytande i tid och rum men en annan sida är att utvecklingen och utmaningarna inte är lika stora. En nackdel med att få både patientfokus och inflytande är att den fysiska arbetsmiljön samt den enskilda kompetens- och karriärutvecklingen påverkas negativt.

7.1 Förslag på vidare forskning

Vid fortsatt forskning och förståelse för mående i distansarbetet skulle jag ha valt att fortsätta analysera distansarbetet utifrån Standen, Daniels och Lamonds (1999, s.372) modell ”Key influences on work and nonwork well-being” följt av en belastningsergonomisk modell. På grund av att många läkare blir sjuka av jobbet så hade det varit intressant att genomföra en komparativ analys mellan läkare som enbart arbetar i den traditionella vården, de som kombinerar den digitala och den traditionella samt de som enbart arbetar i den digitala vården. Den komparativa analysen hade kunnat generera empiri att kunna jämföra arbetsmiljön och work-life balance utifrån samtliga arbetsätt.

Urvalet i min studie var läkare som antingen lämnat den fysiska vården eller valt att komplettera den vilket också innebär att det finns fler dimensioner och berättelser för att fortsätta söka förstå läkares arbetsmiljö och välmående i arbetet.

8. Litteratur- och källförteckning

Arbetsmiljöverket. (2018). *Vägledning om arbetsmiljöutmaningar i ett gränslöst arbetsliv*. Hämtad från <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/broschyror/vagledning-om-arbetsmiljoutmaningar-i-ett-granslost-arbetsliv.pdf>.

Arnetz, B., Petersson, O., & Prag, M. (2002). Läkarna mår allt sämre. *Läkartidningen*, 99(22), 2496-2504. Hämtad från <http://ww2.lakartidningen.se/ltarkiv/2002/temp/pda24911.pdf>

Arnold, J., Randall, R., Patterson, F., Silvester, J., Robertson, I., Cooper, C., Burnes, B., ... Axtell, C. (2016). *Work psychology: understanding human behaviour in the workplace*. (Sixth Edition). Harlow, England: Pearson.

Aronsson, G., Hellgren, J., Isaksson, K., Johansson, G., Sverke, M., & Torbiörn, I. (2012). *Arbets- och organisationspsykologi: individ och organisation i samspel*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Bejerot, E., Aronsson, G., Hasselbladh, H., & Bejerot, S. (2011). Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. *Läkartidningen*, 108(50), 2652-2656. Hämtad från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/17412/LKT1150s2652_2656.pdf

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.

David, M. & Sutton, C.D. (2016). *Samhällsvetenskaplig metod*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eklöf, M. (2017). *Psykosocial arbetsmiljö: begrepp, bedömning och utveckling*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, B., & Larsson, P. (2009). Våra arbetsmiljöer. I T. Berglund & S. Schedin (Red.), *Arbetslivet* (2:a uppl., s. 135-165). Lund: Studentlitteratur.

Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of Conflict between Work and Family Roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76. doi:10.2307/258214

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
doi:10.2105/ajph.78.10.1336

Jones, F., Burke, R.J. & Westman, M. (red.) (2006). *Work-life balance: a psychological perspective*. Hove: Psychology Press.

Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, N.Y.: Basic Books.

Lennen Merckx, J. (21 mars, 2018). Allt fler träffar doktorn på nätet. *SVT Nyheter*.

Lövtrup, M. (7 januari 2016). Den psykiska ohälsan ökar bland läkare. *Läkartidningen*.

Major, D. A., & Germano, L. M. (2006). The changing nature of work and its impact on the work-home interface. I R. J. Burke, F. Jones, & M. Westman (Red.), *Work-Life Balance: A Psychological Perspective* (s. 13-38). Hove: Psychology Press.

NE (Nationalencyklopedin). (u.å.). Läkare. Hämtad från <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/l%C3%A4kare>

Nilsson, G. (2004). Har det blivit sämre att vara doktor? *Läkartidningen*, 101(34), 2582-2584.
Hämtad från http://ww2.lakartidningen.se/old/content_0434/pdf/2582_2584.pdf

Noon, M., Blyton, P. & Morrell, K. (2013). *The realities of work: experiencing work and employment in contemporary society*. (4. ed.) Basingstoke: Palgrave.

O'Driscoll, M., Brough, P., & Kalliath, T. (2006). Work-family conflict and facilitation. I R. J. Burke, F. Jones, & M. Westman (Red.), *Work-Life Balance: A Psychological Perspective* (s. 117-142). Hove: Psychology Press.

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (4., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SCB (Statistiska Centralbyrån). (31 januari, 2018). Alice och William vanligaste namnen under 2017. Hämtad från <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/amnesovergripande-statistik/namnstatistik/pong/statistiknyhet/namnstatistik-tilltalsnamn-pa-nyfodda-namngivna-2017/>.

Standen, P., Daniels, K. & Lamond, D. (2000). *Managing Telework*. London: Business Press.

Standen, P., Daniels, K., & Lamond, D. (1999). The home as a workplace: Work-family interaction and psychological well-being in telework. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(4), 368-381. doi:10.1037//1076-8998.4.4.368.

Svedin, U. (23 januari 2018). Nu kan du träffa en digital läkare. *NT*.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf.

9. Bilagor

9.1 Bilaga 1: Missivbrev

Hej!

Mitt namn är Pauline Arvidsson och jag läser Arbetsvetarprogrammet vid Göteborgs universitet. Jag är nu inne på min sjätte och sista termin på programmet och skall därmed skriva mitt examensarbete på grundnivå.

Syftet med min studie är att skapa en förståelse för hur det nya fenomenet med digitala arbetsformer kan tänkas påverka arbetstagarens sociala och organisatoriska arbetsmiljö. Studien kommer att bygga på enskilda intervjuer per telefon, dator eller surfplatta (videosamtalsfunktion) med cirka 6-10 respondenter.

Studien är kvalitativ vilket innebär att den enbart kommer att bygga på intervjuerna och analys av dessa. För att kunna analysera den insamlade informationen kommer jag att behöva spela in intervjuerna på en ljudinspelare. Den information som ges kommer således att finnas tillgänglig under en begränsad tid via ljudinspelning. Det är endast jag själv som kommer att ha tillgång till ljudinspelningarna och de kommer därefter att raderas.

Jag har en skyldighet att se till att följa Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Detta innebär att deltagande som respondent är frivilligt och om du skulle vilja, kan du när som helst välja att avbryta intervjun och ditt deltagande utan några negativa följder. Ditt deltagande kommer att behandlas konfidentiellt och resultatet kommer endast att användas i forskningsändamål. I uppsatsen kommer varken namn, organisation eller annan information framgå som kan leda till att du identifieras.

Om du har några frågor eller funderingar är du varmt välkommen att höra av dig till mig eller min handledare för mer information.

Vi hörs snart!

Med vänliga hälsningar,

Pauline Arvidsson

gusarvipa@student.gu.se

Handledare:

Kristina Håkansson

kristina.hakansson@socav.gu.se

9.2 Bilaga 2: Intervjuguide

OBS! I denna intervjuguide används begreppet ”digital vårdcentral”. Under intervjuerna blev det tydligt att läkarna tyckte att begreppet var felaktigt. Efter att ha frågat intervjupersonerna om vilka begrepp som var lämpliga så användes istället begreppen ”digital vård”, ”distansarbete” och ”digital läkare”.

INTRODUKTION

Hej [IP]! Till att börja med vill jag tacka för att du tar dig tid att hjälpa mig med min studie som är tänkt att generera en förståelse för hur det nya fenomenet med digitala arbetsformer kan tänkas påverka den sociala och organisatoriska arbetsmiljön ur ett arbetstagarperspektiv. Jag har valt att avgränsa mig till digitala arbetsformer för vårdpersonal på grund av att fenomenet sedan 2015 är extra utbrett just inom ditt arbetsområde. Då fenomenet är så pass nytt finns det inte särskilt mycket forskning som belyser de fördelar eller utmaningar som arbetstagaren kan tänkas stå inför i sin arbetsmiljö när de arbetar som en så kallad *digital medarbetare*. Jag hoppas att min studie ska bidra till mer kunskap om hur den digitala vården fungerar (och att förbättra arbetsmiljön inom den)

Min ambition är att vårt samtal ska flyta på som ett vanligt samtal utan att bli för styrt av förbestämda intervjufrågor.

Be IP presentera sig själv och vad hen gör.

GENERELL BAKGRUND

- Hur länge har du arbetat som läkare/har du någon specialistutbildning?
- Vad var det som fick dig att vilja arbeta som läkare/fysioterapeut?
- Vilka skulle du säga är dina inre drivkrafter?
- Arbetar du på den digitala vårdcentralen på timmar, deltid eller heltid?
- Om deltid/timanställd – arbetar du övrig tid på sjukhus, vårdcentral eller annan arbetsplats?
- Hur många timmar skulle du uppskattningsvis säga att du arbetar per vecka?
- Hur många timmar av dem arbetar du på den digitala vårdcentralen och hur många timmar på den fasta arbetsplatsen? Har den digitala vårdcentralen en fysisk lokal där du kan jobba tillsammans med andra läkare?
- Är du anställd på vårdföretaget, konsult eller egenföretagare?

PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ

BAKGRUND:

- Hur länge har du jobbat på den digitala vårdcentralen?
- Hur ser en vanlig dag ut när du arbetar på distans?
- Har du möjlighet att påverka din arbetstakt, upplägg och arbetsmängd? Hur?
- På vilket eller vilka sätt skiljer sig arbetet åt jämfört med ordinarie läkartjänstgöring inom primärvård/specialistvård/annat?
- Hur ser du på arbetets krav? Hur hanterar du dessa krav?
- Hur ser arbetsbelastningen ut på den digitala vårdcentralen jämfört med ditt tidigare/andra arbete?
- Om du jämför med traditionellt vårdcentrals- eller sjukhusarbete – är det någon skillnad i hur lätt/svårt det är att balansera arbete och fritid?
- Varför har du valt att arbeta som läkare/fysioterapeut för den digitala vårdcentralen?

KONTAKT MED KOLLEGOR/CHEFER:

- Vad kan du se för skillnader i kontakten med kollegor jämfört med tidigare?
- Har du möjlighet till samarbete och kontakt med arbetskamrater?
- Vad gör du om du behöver bolla en fråga med någon?
- Har ni konferenser/forum där ni kan diskutera medicinska frågor (behöver inte röra en enskild individ)
 - Tycker du att det finns tillräckligt med forum för kollegialt stöd och diskussioner?
 - Finns det något som du upplever att saknar och i sådana fall vad?
- Har du haft något utvecklingssamtal med chef/MAL eller annan arbetsledare i organisationen?
 - Hur upplevde du det?
 - Om nej, är det något du saknar?
- Har ni APT? Hur går det till?
 - Om nej, är det något du saknar?

ARBETETS ORGANISERING:

- Kan du förklara hur arbetet är organiserat?
- (Följdfrågor som rör huruvida personen känner att hen är en del av organisationen eller isolerad)
- Vilka förväntningar har arbetsgivaren på dig?
- Hur får du dina arbetsuppgifter och hur får du kontakt med patienterna?
- Hur fördelas patienterna?
- Följs det upp av någon?
- Hur mycket tid finns till förfogande för patienterna?
- Följer du själv upp dina patienter?
- Skiljer uppföljningsarbetet sig från en traditionell vårdcentral?
- Vilket stöd finns (chefer/kollegor/annat)?

- Hur vet du att du gör ett bra jobb?
- Får du feedback (och från vem)?
- Hur mycket kontakt har du med chef/MAL/HR eller annan arbetsledare?

FÖRVÄNTNINGAR PÅ ARBETSTAGAREN:

- Hur många patientmöten förväntas du ha per dag?
- Är lönesystemet kopplat till antalet vårdmöten du genomför eller har du timlön/månadslön/annat?
- Hur strukturerar du upp ditt arbete?
- Vad skulle du säga är det som motiverar dig i arbetet på den digitala vårdcentralen (ex inre eller yttre faktorer)?

ARBETSMILJÖANSVAR:

- Hur mycket vet du om den digitala vårdcentralens arbetsmiljöarbete samt arbetsmiljöpolicy?
- Hur upplever du det systematiska arbetsmiljöarbetet?

- Har du varit med om arbetsmiljöronder/riskinventeringar och vad är din erfarenhet av dem?
- Vilka frågor tas upp?
- Vilken är den mest angelägna arbetsmiljöfrågan?
- Har du lyft den till din arbetsgivare?
- Om nej, vad tycker du om att det inte görs några arbetsmiljöronder?
- Vad ser du själv för risker i din arbetsmiljö?

DIGITAL ARBETSMILJÖ:

- Hur fungerar de digitala verktygen?
- (följdfrågor om användarvänlighet, kommunikation mellan programmen med mera)
- Har du fått tillräcklig introduktion/kompetensutveckling för att kunna använda systemen?
- Hur ofta händer det att systemen krånglar och vad händer då?
- följdfrågor om tillgänglighet och IT-support

FYSISK ARBETSMILJÖ

- Hur ser din arbetsplats ut när du arbetar som digital vårdgivare?
- Följdfrågor om möjligheten att justera/anpassa den genom att ställa in bord/stolar/ljus med mera
- Vart arbetar du och hur fördelas tiden mellan platser, hemmet, arbetsplatsen etcetera)
- Vad är det som påverkar ditt val av arbetsplats (när du arbetar genom digitala vårdmöten)?
- Har du själv eller arbetsgivaren gått en skyddsronde för att gå igenom eventuella fysiska risker i din arbetsmiljö? Hur gick den till?

SLUTFRÅGOR

- Vad skulle du säga att det finns för fördelar med att arbeta på en digital vårdcentral?
- Vilka utmaningar kan du som arbetstagare se när det kommer till arbete på en digital vårdcentral?