

Wanja Astvik & Eva Bejerot

När patienten blir kund

Nya stressorer och strategier i läkarens arbete

Institutionen för samhällsvetenskap vid **Växjö universitet** omfattar nio akademiska ämnen – statsvetenskap, sociologi, psykologi, socialpsykologi, medie- och kommunikationsvetenskap, geografi, samhällsgeografi, naturgeografi, samt fred och utveckling – och totalt 14 utbildningsprogram på grundnivå och avancerad nivå. På uppdrag av regeringen bedriver universitetet och institutionen forskning, utveckling och kunskapsförmedling. I dialog mellan forskare och arbetslivets aktörer pågår för närvarande vid institutionen arbetet med att bygga upp en plattform för forskning, utbildning och samverkan i och om arbetslivet. Besök gärna www.vxu.se/svi för mer information.

Arbetsliv i omvandling är en vetenskaplig skriftserie som ges ut av Institutionen för samhällsvetenskap vid Växjö universitet. I serien publiceras avhandlingar, antologier och originalartiklar. Främst välkomnas bidrag avseende vad som i vid mening kan betraktas som arbetets organisering, arbetsmarknad och arbetsmarknadspolitik. De kan utgå från forskning om utvecklingen av arbetslivets organisationer och institutioner, men även behandla olika gruppers eller individers situation i arbetslivet. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Författarna till bidragen finns i första hand bland forskare från de samhälls- och beteendevetenskapliga samt humanistiska ämnesområdena, men även bland andra forskare som är engagerade i utvecklingsstödande forskning. Skrifterna vänder sig både till forskare och andra som är intresserade av att fördjupa sin förståelse kring arbetslivsfrågor.

Manuskripten lämnas till redaktionssekreteraren som ombesörjer att ett traditionellt ”refereeförfarande” genomförs.

Arbetsliv i omvandling ges ut med stöd av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

ARBETSLIV I OMVANDLING

Redaktör: Bo Hagström

Redaktionssekreterare: Jessica Hansen

Redaktionskommitté: Sven Hort, Margareta Petersson, Tapio Salonen, Elisabeth Sundin, Ann-Marie Sätre Åhlander, Magnus Söderström.

© Växjö universitet & författare, 2009

Institutionen för samhällsvetenskap

351 95 Växjö

ISBN 978-91-89317-53-6

ISSN 1404-8426

1:a upplaga, 150 ex

Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Innehåll

NÄR PATIENTEN BLIR KUND – NYA STRESSORER OCH STRATEGIER I LÄKARENS ARBETE	5
DEN PROFESSIONELLA STYRFORMEN UTMANAS	5
<i>Utmanaren New Public Management</i>	6
<i>Ett program för att stärka patientens ställning</i>	8
LÄKARNAS ARBETSMILJÖ OCH ORGANISATION	9
STRESS I FORM AV HOT MOT SJÄLVET	10
COPINGSTRATEGIER	11
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	12
METOD	12
<i>Urval och deltagare i studien</i>	12
<i>Undersökningens metod och genomförande</i>	13
<i>Databearbetning och analys</i>	14
RESULTAT	14
<i>Service eller professionell bedömning</i>	14
<i>Att arbeta effektivt eller att skydda sig</i>	20
<i>Att ta eller att överlämna ansvar</i>	23
<i>Professionell eller ekonomisk hänsyn</i>	27
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	31
<i>Metoddiskussion</i>	31
<i>Resultatdiskussion</i>	32
<i>Gränser för det professionella arbetet</i>	33
<i>Stress i form av hot mot självet ... och samhället</i>	34
LITTERATUR	36

När patienten blir kund

– nya stressorer och strategier i läkarens arbete

Denna studie undersöker professionella dilemman i läkares arbete med patienter, svårigheter i arbetet som kan relateras till nya styrformer i sjukvården.¹ De förändringar i styrning som vi intresserar oss för berör framförallt bemötande- och tillgänglighetsfrågor, men också ökad transparens i form av mätningar av produktivitet samt budgetkrav. De nya styrformerna som bland annat bygger på vikten av att göra kundens behov och önskemål till utgångspunkt för planering och uppföljning av verksamheten, utmanar läkarnas traditionella professionella ideal som karaktäriseras av professionens rätt att styra och kontrollera sitt eget arbete (Freidson, 2001; Hasselblad m fl, 2008). I denna studie belyser vi hur läkare uppfattar att nya styrformer påverkar deras yrkesroll och arbetsuppgifter i vården. Speciellt intresserar vi oss för vad styrningen innebär i termer av nya stressorer och copingstrategier i läkarens möte med patienten.

Inledningsvis beskrivs den traditionella ideologin för professioner som format dessa gruppers position i samhället. Därefter följer ett avsnitt om grunddragen i den nya styrningen som utmanar professionerna i offentlig sektor. Vi kommer också att presentera två teorier som använts i tolkningen av ett antal intervjuer med läkare, dels en forskningsinriktning som analyserar negativa aspekter i arbete som fungerar som stressorer (Semmer m fl, 2007), dels ett avsnitt om coping som baseras främst på arbeten av Lazarus och Folkman (1984).

Den professionella styrformen utmanas

Med professionsbegreppet menas något mer än kvalificerade yrkesutövare. Inom forskningen används begreppet för att rikta uppmärksamheten mot frågor om legitimitet, kunskapsbildning, makt och yrkessocialisering (Abbot, 1988). Professionella grupper utmärks av att de har monopol på sitt område. Staten stiftar lagar om vilken utbildning och examination som krävs för att få legitimation att verka inom yrket, lagar som stänger området för andra än de som uppfyller dess

¹ Studien har gjorts inom ramen för forskningsprojektet ”Tredje vågen av New Public Management: Kvalitetsstyrning och professionell autonomi” som finansierats av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) (Dnr 2001-2425).

kriterier. En profession som läkare eller jurister är således alltid beroende av ett direkt stöd från staten i stängningen av området för utomstående, men de är också beroende av att deras monopolposition accepteras av konsumenter och byråkrati (Freidson, 2001). Legitimiteten bygger dels på att kunskapens viktiga roll i samhället framhålls, dels på hänvisning till högre värden som Sanning, Hälsa och Rättvisa, värden som sträcker sig betydligt längre än till att värna de individer som de ska råda eller behandla. Genom denna ideologi kan professionerna hävda sitt oberoende och sin frihet mot kraven att lojalt tjäna dem som betalar deras lön (Freidson, 2001). I detta krav på oberoende skiljer sig de professionella från andra högt utbildade yrken, som ingenjörer och tekniker (Hellberg, 1999). I ideologin ligger också ett anspråk på att de som arbetar inom professionen arbetar mer för sin glädje och för tillfredsställelse att kunna utföra sitt arbete väl, snarare än för egen vinning. Belöningen ligger i att arbetet är intressant, utmanande och komplext och att utövandet sker under diskretion, det vill säga en autonomi som sker inom ramen för ett kollektivt överenskommet regelverk och en gemensam praxis. Den professionella ideologin lärs ut under utbildningen.

Forskarens och politikerns kritik av professionernas privilegierade ställning bör ställas i relation till att dessa yrkesgrupper inte tvingades in i den rationalisering och styrning av arbetsprocessen som skedde med andra yrken under industrialiseringen (Hasselbladh m fl, 2008). Den självständighet som bland andra läkare, arkitekter och revisorer haft som fria företagare, förstärktes genom att staten gav dessa grupper yrkesmonopol och jurisdiktion över det egna arbetets regler. De professionella grupperna har in i våra dagar utövat kontroll över sin kunskapsproduktion, de har behållit en hög grad av autonomi i det dagliga arbetet och haft ett officiellt definierat åtagande mot samhället snarare än mot en enskild arbetsgivare. Men att professionerna på detta sätt stod bortom politisk kontroll har alltmer kommit att betraktas som ett demokratiskt problem.

Sjukvård och utbildningsväsende har varit typiska professionella regimer där arbetssätt, normer och utvärdering i hög grad behandlats i processer mellan professionella likar. Konflikten mellan professionell autonomi i arbetet och nya former av styrning genom hierarki eller marknad står i centrum för den problematisering av professionella regimer och den offentliga sektorn som växer fram under 1970- och 1980-talen. Då blev särskilt läkarprofessionen i USA föremål för en kritisk granskning (Freidson, 1970; Illich, 1974/2003; Larson, 1977). Här formulerades ett ifrågasättande av professionernas ställning i samhället, ett tema som under de senaste femton åren tagits upp i många länder.

Utmanaren New Public Management

Sjukvården i Sverige (liksom i övriga industrialiserade länder) har sedan mitten av 1980-talet varit föremål för omfattande reformer. Förändringarna har närt av ett ideal om hur välfärdsektorn bör utvecklas - från producentdominerad till användardominerad, från monopol till marknad, från tvång till valmöjligheter, från enhetlighet till mångfald och från en beroendekultur till oberoendekultur (Clarke

& Newman, 1997). Reformeringen av offentlig sektor i denna anda benämns ofta New Public Management (NPM) (Pollitt, 2003; Hood, 1995; 2005).

I enlighet med dessa ideal har både politiker, professionella grupper och administratörer arbetat *mot* vad som uppfattats vara stelbent byråkrati och *för* marknadsmekanismer och företagande. En av reformens grundidéer är att exponera frontpersonal för ekonomistyrning och kundorientering för att därigenom öka produktivitet och kvalitet i verksamheten (Erlingsdottir, 1999; Hasselbladh, 1995; Neergaard, 2002) (för källtexter se Regeringen, 1999; SOU 1997:154; SOU 1999:66). Jämfört med många andra länder ligger Sverige långt fram i detta reformarbete vilket har förklarats med att här finns både motiv och möjlighet eftersom den offentliga sektorn är stor och enhetligt styrd (Hood, 1995). Forskning om nya former av styrning har visat att de innebär en omdefiniering av vad som bör göras i verksamheten, så kallade verksamhetsdefinierande processer (Forsell & Jansson, 2000).

En viktig del av NPM är dels privatiseringar och bolagiseringar, dels en ny form av hierarkisk styrning genom kundorientering. Kundorientering innebär en uppsättning tekniker för styrning där kundens önskemål, behov och tillfredsställelse är den överordnade logiken. Allt som leder till tillfredsställda kunder betraktas som viktigt och det som inte leder dit som oviktigt. Excellence-litteraturen från USA som spridits över världen lovar nöjdare kunder, färre misstag, minskade kostnader och ökad effektivitet (se Björkman, 1987/2003). En rad nya vetenskapliga tidskrifter publicerar studier om kundorienterat förbättringsarbete i sjukvården liksom patienttillfredsställelse och kvalitet vilket ger området vetenskaplig legitimitet (Hasselbladh & Bejerot, 2007).

I kritiska analyser av kundstyrning visas hur verksamhetens ledning erövrar de professionellas legitimitet att tala för kundens räkning genom program som sätter "patienten i centrum" (Hasselbladh m fl, 2008). I detta sammanhang betraktas inte kunden som en passiv konsument utan som aktiv i definitionen av sina behov och önskemål. Makten att fördela resurser behålls dock centralt i organisationen, medan ansvaret för att möta kundernas behov decentraliseras till utförarna. Kundstyrning möjliggör för ledningen att använda sig av kundernas efterfrågan för att utöva tryck på personalen att prestera mer (du Gay & Salaman, 1992). Styrformen har således en fundamental betydelse för hur management kan utövas och för de anställdas beteende. Genom att en ny beteendestandard och mål/meningsrationalitet etableras i verksamheten förändras organisationskulturen, det vill säga värderingar, attityder och normer. Denna nya form av styrning har beskrivits som samtidigt totaliserande och individualiserande – styrningen av mening och normer gör att en ökad central kontroll kan förenas med ökat individuellt ansvar och autonomi utan att detta innebär någon motsättning (ibid.). Ett mer konspiratoriskt perspektiv analyserar kunddiskursen som ett sätt att få kunden att agera spion åt arbetsgivaren, en ordning som innebär att den anställde känner sig ständigt övervakad (Sewell & Wilkinson, 1992).

Ett program för att stärka patientens ställning

Under senare delen av 1990-talet sker en serie aktiviteter på regeringsnivå, såsom utredningar, lagstiftning, avtal och informationsinsatser, med syftet att förändra sjukvården genom att placera nya frågor på dagordningen och förskjuta etablerade maktrelationer. Det sker genom att specifikt adressera patientens ställning i förändringen av sjukvårdens styrning. Exempel på detta finns i förändringar av hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter, i Dagmaröverenskommelser, samt i Landstingsförbundets arbete för att introducera kundstyrning i hälso- och sjukvården. Tillsammans utgör de en kraftsamling, ett program, för ett nytt sätt att styra genom att placera "patienten i centrum" (Bejerot & Hasselbladh, 2003; Hasselbladh m fl, 2008).

Patientens ställning stärks här genom lagstiftning om fritt val av vårdgivare, individuellt anpassad information till patienten, rätt att välja mellan behandlingsalternativ, "second opinion" vid allvarlig sjukdom, samt vårdgarantier. Myndigheten Patientnämnden är en ny instans som behandlar och formaliserar klagomål från patienter. Samtidigt har anmälningarna till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ökat med cirka tio procent per år.² Två andra områden som framstår som särskilt centrala för att sätta "patienten i centrum" är tillgänglighet och bemötande. I förändringen av patientens position ligger att hon tilltalas som kund, med valfrihet, vårdpeng och rättigheter. En terminologi som härstammar från marknadens respektive juridikens diskurser sprids till sjukvården och blir en del av sjukvårdens egen diskursordning (Nordgren, 2003). I kunddiskursen framställs den vårdsökande som den aktiva människan som väljer, ställer krav, och som medverkar i vården av sig själv.

Medan patientens ställning stärks med lagar och kunddiskurs, sker förändringen av läkarnas yrkesroll dels genom Socialstyrelsens nya förordningar och dels genom en diskurs som appellerar till deras vilja och förmåga att styra och bedöma sina handlingar efter ett nytt sätt att formulera allmännyttiga normer och ideal. Detta materialiseras i ett förvetenskapligande av vad som är ett gott bemötande i vården, så kallad "läkekonst" (Ottosson, 1999). Idealt ska läkaren informera patienten så att denne blir engagerad i att ändra sitt beteende, han/hon ska skraddarsy behandlingen efter patientens förhållanden och vara varm och uppmärksam på patientens känslomässiga reaktioner - ett bemötande som ska leda till både effektivitet och nöjda patienter. Den mer traditionella paternalistiska rollen där den "sjukdomsorienterade" läkaren gör bedömningen av patientens behov betraktas som obsolet och bör ersättas av en samarbetsmodell där en mer "psykosocialt orienterad" läkare försöker öka patientens inflytande och egenansvar i vården

² Till Patientnämnderna görs omkring 4000 anmälningar per år. Dessa leder till formella kontakter för att ge förklaring, förlikning, förbättring etc. I HSAN leder omkring sju procent av de 4700 anmälningarna till någon form av erinran eller varning. Den pågående patientsäkerhetsutredningen är inriktad på att förändra systemet så att fokus riktas mer mot vårdgivare än på disciplinpåföljder för enskilda individer.

(Ottosson, 1999). Det finns dock studier som menar att denna utveckling kan vara etiskt problematisk (Nikku, 1997) och vetenskapligt svagt underbyggt.³

Ur vårdideologiskt och ansvarsfilosofiskt hänseende innebär kunddiskursen en förskjutning från en objektsyn med patienten som mer eller mindre passiv och utan eget ansvar, där åtgärder vilar på läkarens bedömning av patientens behov, till en subjektsyn med kunden som aktivt autonomt subjekt som har att ansvara för sitt eget liv och vars önskemål skall ha betydelse för de åtgärder som görs (jämför Eliasson, 1992; Juul-Jensen, 1991).

Läkarnas arbetsmiljö och organisation

Flera studier har visat att arbetsmiljön för läkare försämrats under senare år. Svenska studier visar att deras arbetsmiljö präglas av arbetsbelastning, sparbering, bristande ledning, nya styrsystem och motstridiga krav (Arbetsmiljöverket 2003; Arnetz m fl, 2002; Hellgren m fl, 2005; Lindholm & Westin, 2005; Stockholms Sjukhusläkarförening & SYLF, 2008; Öhrming & Sverke, 2002). På läkarnas riksstämma 2001 arrangerades ett antal symposier om läkarnas arbetsmiljöproblem. I en sammanfattning av dessa symposier lyfte man fram vad som identifierades som arbetsmiljöproblemens grundorsak:

”Läkarna är en grupp som mycket påtagligt kommit i kläm mellan politikernas krav på besparingar och patienternas krav på ökad tillgänglighet.” (Edling, 2002, s. 2508).

Läkarna har enligt denna beskrivning hamnat i ett korstryck mellan å ena sidan de förutsättningar som skapas för att den aktive och informerade kunden ska kunna kräva sina rättigheter och å andra sidan en slimmad organisation med besparingskrav. Detta sker inte enbart i Sverige, i hela västvärlden finns ett ökat missnöje med arbetsvillkoren bland läkare (t ex. Mechanic, 2003; Sutinen m fl, 2002; Tyssen, 2000; Voltmer m fl, 2007). Den ökade arbetsbelastningen ses dock inte som en tillräcklig förklaring till problemet. Enligt vissa forskare står istället grundorsaken att finna i en förändring av det psykologiska kontraktet mellan profession, arbetsgivare, patienter och samhälle (Edwards m fl, 2002). De menar att problemet beror på att det gamla kontraktet lovade läkarna en god balans mellan arbete och fritid, autonomi, anställningstrygghet och aktning, ett löfte som passar illa med dagens betoning av patientcentrerad vård, tillgänglighet,

³ I flera forskningsöversikter börjar ”samarbetsmodellen” ifrågasättas. Enligt Moumjid och medarbetare (2007) saknar forskningen om delat ansvar vid val av behandling en enhetlig begreppsapparat. Enligt en översikt av Joosten och medarbetare (2008) finns tecken som tyder på att modellen kan vara effektiv i långvariga kontakter med patienter med kroniska sjukdomar, men det saknas underlag för att rekommendera modellen i andra behandlingssammanhang. Enligt Salmon och Hall (2003) är diskursen om delaktighet en akademisk produkt som ger läkaren möjlighet att distansera sig från ansvar för patienters lidande som de inte kan, eller vill, göra något åt. Se även Måseide (1991) för diskussion om makt som komponent i medicinsk praktik.

service och en kultur som präglas av skuldbeläggande. Beskrivningen indikerar att det uppstått en rad nya hänsyn och arbetsuppgifter för läkarna.

Läkarnas minskade arbetstillfredsställelse förklaras således dels med ökade och motstridiga krav och dels med en ny position i förhållande till omgivningen. Det handlar inte om individuella, personliga dilemman för läkare utan om tydliga mönster av likartade svårigheter för stora grupper av läkare i många olika länder.

Stress i form av hot mot självet

Ovanstående förändringar berör läkarnas yrkesroll och antyder att kraven på läkarna förändrats. Läkarna hamnar i dilemman mellan å ena sidan de förutsättningar som skapas för att den aktive och informerade kunden ska kunna kräva sina rättigheter och å andra sidan en slimmad organisation med budgetrestriktioner. Frågan är vad den nya styrningen medför i termer av en förändrad yrkesroll och nya arbetsuppgifter? För att undersöka om dessa förändringar innebär nya stressorer i läkarrollen har vi funnit Norbert Semmer och medarbetares (2007) begreppsapparat om "Stress as offense to self" användbart.

Begreppet kan något klumpigt översättas med "Stress som hot mot självet". Semmers teoretiska ram utgår från antagandet att stress har att göra med att viktiga livsmål hotas (jmf Lazarus, 1999). De bygger vidare på tidigare forskning om krav, kontroll och socialt stöd (Karasek & Theorell, 1990), balans mellan belöning och ansträngning (Siegrist, 2002), relationen mellan burnout och reciprocitet (Schaufeli, 2006), samt rättvisa i organisationer (Miller, 2001; Taylor, 2001). Modellen ser inte enbart till de negativa aspekterna utan begreppen inbegriper att höjning av självkänsla är en viktig källa till resurser och välbefinnande, något som förtjänar lika mycket intresse som hoten mot självkänsla. Modellen har två huvudkategorier, "Stress genom otillräcklighet" (Stress through insufficiency) handlar om den stress som det innebär om man till exempel inte lyckas med en uppgift eller att leva upp till ett ideal som man omfattar, vilket är motsatsen till den positiva känsla och stärkande av självkänslan som sker när man har lyckas med en uppgift. Begreppet "Stress genom brist på respekt" (Stress as disrespect) har utvecklats med undergrupper som belyser olika former av brist på respekt som hotar den egna självkänslan. En direkt form kan handla om att utsätta någon för en verbal attack, att förlöjliga någon, att ge ohövlig feedback etcetera, och kan översättas till "illegitimt beteende" (illegitimate behaviour). En mer indirekt form av respektlöshet är när man skapar extra arbete för andra. Semmer benämner det "illegitima stressorer" (illegitimate stressors).

Denna brist på respekt behöver inte vara avsiktlig, utan speglar ofta en likgiltighet, en brist på omsorg för andras intressen eller villkor. Det kan handla om att underlåta att ge anställda rimliga förutsättningar för att utföra sitt arbete, att dataprogram inte fungerar eller att det fattas resurser för att kunna göra de uppgifter man har delegerat ansvar för. Ett tredje komponent av respektlöshet är att behöva utföra uppgifter som uppfattas som antingen onödiga eller oskäligen. Dessa "ille-

gitima uppgifter” (illegitimate tasks) är antingen sådana som man uppfattar inte alls behöver göras, som inte skulle behöva göras om saker organiserades annorlunda, eller som existerar bara för att någon kräver att det skall vara på ett visst sätt, det vill säga onödiga uppgifter. En variant av detta är oskäligen uppgifter som innebär man måste göra uppgifter som egentligen borde göras av någon annan eller att man tvingas att göra saker som ställer en själv i en svår position. Semmer påpekar att dessa komponenter, illegitimt beteende, illegitima stressorer och illegitima uppgifter till viss del överlappar varandra, men de har ändå visats ha separat förklaringsvärde för välbefinnande.

Den bild som framkommer i Semmers och medarbetares (2007) forskning är att belastningen av en viss uppgift väger olika beroende på om den tillhör professionens kärnuppgift eller om det handlar om sidouppgifter av olika slag. Påfrestningar i uppgifter som är en del av yrkets kärna, exempelvis en kirurg som genomför krävande operationer, utgör en bekräftelse på och styrker den professionella identiteten och kommer därför av individen att värderas mer positivt än krav som inte hör till yrkets kärnkompetens. Den varseblivna legitimiteten i en uppgift är alltså i fokus i denna forskning och resultaten visar att omfattningen av orimliga och onödiga uppgifter korrelerar med välbefinnande.

Copingstrategier

I denna studie vill vi också undersöka hur läkarna hanterar dessa nya stressorer i arbetet. I copingteorier betonas ofta ett interaktionistiskt eller transaktionellt synsätt som innebär att individer både påverkar och blir påverkade av sin omgivning och att den individuella upplevelsen av stress beror på hur individen uppfattar situationen. Vårt intresse riktar sig till definitioner av coping som flexibla och föränderliga sätt att handskas med stress och som påverkas av individens bedömning av den särskilda situationen (Lazarus & Folkman, 1984). Detta är också ett synsätt som omfattas av interaktionistiskt orienterade stressforskare inom arbetslivet (Cooper & Cox, 1987; Dewe, 1991; 1993; Edwards, 1988; O’Driscoll & Cooper, 1994). Lazarus & Folkman (1984) definierar coping som konstant föränderliga, kognitiva och beteendemässiga ansträngningar att hantera specifika externa eller interna krav som bedöms överstiga de personliga resurserna. Med i princip samma innebörd definierar Dewe och medarbetare (1993) coping som de tankar och beteenden en individ använder för att handskas med ett upplevt stressfyllt möte eller mötets konsekvenser.

Två övergripande copingfunktioner som har urskiljts är *problemfokuserad* respektive *emotionsfokuserad* coping (Lazarus & Folkman, 1984). Problemfokuserad coping innebär att handlingarna syftar till att förändra den problematiska relationen mellan person och omgivning. Emotionsfokuserad coping syftar istället till att reglera känslorna genom att ändra meningen i den sociala transaktionen. Emotionsfokuserad coping kan innebära strategier vars syfte är att minska det emotionella obehaget via exempelvis undvikande, distansering, avskärmande eller bagatellisering. En annan typ av emotionsfokuserad coping är kognitiv om-

värdering vilket innebär en omtolkning av en situation. Ett antal studier har visat att när förhållandena bedöms som påverkbara så dominerar problemfokuserad coping. När förhållandena istället upplevs som opåverkbara dominerar emotionsfokuserad coping (Folkman m fl, 1986a; 1986b). Men ingen copingstrategi kan klassificeras som generellt bättre eller sämre, utan effektiviteten beror på typ av person, typ av hot, stadium i det stressfyllda mötet och även på om bedömningsperspektivet är exempelvis subjektivt välbefinnande eller socialt fungerande (Lazarus, 1999). Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till är vilka konsekvenser en individs strategier har för andra individer. När det gäller vårdpersonal påverkas naturligtvis personalens strategier av patienterna och vice versa.

Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie är att undersöka om och hur nya styrformer som kundstyrningen och ekonomistyrning påverkar läkarnas erfarenheter av läkarrollen och relationen till patienten. I studien analyseras läkares upplevelse av nya styrformers (kund- och ekonomistyrningen) effekter i termer av nya krav och dilemman, på vilket sätt dessa dilemman kan tolkas i termer av ”stress som hot mot självet” samt läkarnas strategier för att hantera dessa dilemman och stressorer. Studiens syfte kan delas in i tre övergripande frågeställningar.

- Vilka krav och dilemman uppfattar läkarna att kundstyrningens ideal och styrformer innebär för mötet med patienter?
- Hur kan dessa dilemman tolkas i termer av stress genom hot mot självet?
- Vilka individuella och kollektiva strategier använder läkare för att hantera de dilemman som de nya styrformerna innebär?

Metod

Urval och deltagare i studien

I studien ingår 17 läkare verksamma vid olika arbetsplatser i ett storstadsområde. För att kunna undersöka de nya styrsystemens effekter på läkar-/patientmötet valdes ett landsting vars styrsystem vi hade god kännedom om (Bejerot & Erlingsdottir, 2002; Bejerot & Hasselbladh, 2003; Hasselbladh & Bejerot, 2008). Läkarna som intervjuades hade i de flesta fall lång erfarenhet i yrket och därmed förutsättningar att jämföra de nya styrsystemen med dem som dominerade i ett tidigare skede. I urvalet eftersträvades dessutom en viss bredd i erfarenheter så att öppenvård och sjukhusvård skulle vara representerade liksom olika specialiteter där potentiellt olika avgränsningar vad gäller bredd i behandlingsansvar och kontinuitet i relation till patienten kunde vara aktuella.

I urvalet ingår fyra allmänläkare, två geriatriker, fem psykiatriker, två kardiologer, tre onkologer och en akutläkare. Av dessa var sju verksamma inom öppenvård och tio på sjukhus. Samtliga läkare var i 50-årsåldern och alla utom en var

specialiserade. Könsfördelningen bland respondenterna var tio kvinnor och sju män.

Undersökningens metod och genomförande

I en förstudie om nya managementstrategier i landstinget som genomfördes under år 2000 gjordes ett antal explorativa intervjuer med läkare där det framkom en frustration avseende ett alltmer överdrivet dokumenterande, men också ökade krav från olika håll. Respondenterna uppfattade dock att kundorienterad verksamhetsstyrning inte var något som berörde dem och såg inte direkt kopplingen till de styrpraktiker i form av exempelvis vårdgarantier, patientenkäter, klagomålssystem och "benchmarking" som användes på arbetsplatsen. Studiet av effekter av styrningen innebar således en utmaning för intervjuarna eftersom det var ett diffust område för dem som intervjuades. Vi drog slutsatsen att forskarna behövde ha större kunskap om styrsystemens utformning för att kunna göra informerade intervjuer om läkarnas erfarenheter av dessa. Ett antal diskursanalytiska studier av olika styrpraktiker genomfördes, studier som baserades framför allt på dokument och intervjuer med högre tjänstemän i sektorn (Bejerot & Hasselbladh, 2003, Bejerot & Hasselbladh, 2006; Hasselbladh & Bejerot, 2007; Hasselbladh m fl, 2008).

Efter det att forskarna studerat sjukvårdens styrning genomfördes halvstrukturerade djupintervjuer med 17 läkare under våren och hösten 2003. Intervjuerna innehöll konkreta frågor om styrpraktiker som kvalitetsregister, enkäter, nyckeltal, avvikelserapportering, vårdgarantier etcetera för att läkarna utifrån dessa skulle kunna formulera sina erfarenheter. Strategin var att respondenterna under intervjun då olika styrpraktiker berördes skulle bli mer på det klara över styrningens praktiker, vartefter de under intervjuens gång på ett mer övergripande sätt skulle kunna resonera om kundstyrning och dess betydelse för självbild, för mötet med patienten och om sätt att hantera svårigheter som hängde samman med de villkor som styrningen medförde. Förutom dessa mer konkreta frågor om kvalitetsstyrningens mikropraktiker innehöll intervjuguiden också frågor som syftade till en beskrivning av patientarbetet och relationen till patienten. Det var frågor som belyste typ och omfattning av patientarbete, behov som skall tillgodoses, nya typer av arbetsuppgifter, samt gränssättning, osäkerhet och förändringar i läkar- respektive patientrollen.

Genom hela intervjun har respondenternas upplevelser kopplats till strategier att hantera det beskrivna dilemmat eller stressorn. Denna ansats har i tidigare studier (Astvik, 2003) visat sig vara en bra metod för att fånga dilemman i arbetet liksom de anställdas handlingsutrymme och strategier för att kunna hantera dessa. Intervjuerna varade mellan en och en halv till cirka tre timmar. Samtliga intervjuer har spelats in på band, fullständiga utskrifter har gjorts och drygt hälften av det utskrivna intervjumaterialet berör mer direkt frågeställningarna i föreliggande studie.

Databearbetning och analys

Intervjumaterialet analyserades med utgångspunkt från studiens övergripande frågeställningar genom att dela upp text som handlar om hur kundorienterad verksamhetsstyrning påverkar läkarens upplevelse av sig själv, patienten och relationen dem emellan och text som handlar om mer eller mindre medvetna strategier som läkarna använder för att hantera den förändrade relationen till patienten. Utsagorna tematiserades till olika typer av professionella dilemman och krav i läkar-/patientrelationen. Analysen har därefter byggt på ett pendlande mellan sammanfattande individberättelser och tvärgående analyser av teman.

Genom en personansats i analysen kan copingstrategier förstås i sin kontext och skilda strategier förstås utifrån hur de kan förändra upplevelsen av mötet med patienten. De tvärgående analyserna bidrar till att upptäcka gemensamma teman och omfattning av olika upplevelser och strategier. De identifierade dilemmana analyserades också i termer av Semmer och medarbetares (2007) begreppsapparat om ”Stress genom hot mot självet”. Analyserna har genomgående genomförts enskilt och därefter gemensamt av studiens båda författare. Tematiseringen av materialet genomfördes med hjälp av det kvalitativa databearbetningsprogrammet Nvivo.

För att bevara anonymiteten har namn på personer, platser, verksamheter eller annat som skulle kunna avslöja respondenternas identitet ändrats eller utelämnats. Text inom markeringen [], är sådan text som vi gett ett mer anonymt innehåll och även ord som förtydligar vad respondenten syftar till. Intervjuarens frågor som finns med i vissa citat markeras inom parantes. Markeringen /.../ betyder att viss text har hoppats över i ett längre sammanhängande stycke. En viss redigering av citaten har gjorts för att öka läsbarheten men utan att förändra meningen eller innehållet i det sagda.

Resultat

Vi identifierade fyra dilemman som återkom i många av intervjuerna och som kan kopplas till de nya styrformerna med kundorientering och ekonomistyrning. Vi har analyserat dessa dilemman med hjälp av teorier om hur arbetsuppgifterna uppfattas, om de betraktas som meningsfulla eller som onödiga eller orimliga uppgifter, samt utifrån teorier om coping. Båda dessa teorier är kopplade till förståelsen av uppkomst av stress och bidrar på så sätt till analysen av de dilemman vi urskiljde i intervjuerna.

Service eller professionell bedömning

Kundorienteringens praktiker för att sätta ”patienten i centrum” baseras som tidigare nämnts på lagar, avtal, institutioner och rutiner som ska säkerställa tillgänglighet, information, delaktighet, valfrihet, respektfullt och empatiskt bemötande samt system som behandlar patientens klagomål. Hur påverkar då dessa

styrssystem läkarens arbetsuppgifter? I intervjuerna finns flera exempel på hur kundens önskemål kan få prioritet före medicinsk bedömning och de reaktioner detta väcker hos läkarna. Ett exempel kommer från en av de intervjuade geriatrikerna som berättar om hur en patient önskade en röntgenundersökning som inte var medicinsk motiverad. Trots försök att övertala patienten att avstå eftersom en sådan undersökning inte skulle ha någon som helst nytta, insisterade patienten:

”Till slut så känner man att okey, om jag håller emot så kanske hon går till någon annan och då blir det ändå röntgen tagen och då har jag ju en anmälan. Så jag skriver de där remisserna då. För jag menar, till slut så börjar man känna att varför ska jag hålla emot? Det är ju landstinget som borde kunna ge mig alternativ. Att jag kan säga att jag inte tycker att det är medicinskt nödvändigt, men om du känner oro så får du göra det men då får du stå för kostnaden själv. Men det alternativet finns inte. Så jag skriver den här remissen mot bättre vetande och så går den i väg”. (Ip. 5)

Det underförstådda hotet om att patienten ska gå till en annan läkare eller anmäla läkaren väger här tyngre än trettio års erfarenhet och genansen över att skicka iväg en röntgenremiss ”utan rimlig frågeställning”. Läkarens professionella roll utmanas här av kundens verktyg som bygger på möjligheten att gå till en annan vårdgivare eller göra en anmälan. I intervjun markerar läkaren avståndstagande av situationen genom att definiera patienten som ”beställde” en röntgen som en kund snarare än en patient. Skulden för denna situation läggs dock främst på landstinget som inte uppmärksammar denna typ av problem och ger henne bättre förutsättningar och handlingsalternativ i arbetet.

Citatet ovan visar på strategin att ge kunden det denne vill ha, men läkaren beskriver också hur hon hanterar patienter som agerar som kunder på ett sätt som motverkar kränkningen. Hon har utvecklat hanteringen av patienter som ringer och kräver än det ena än det andra till en del av den professionella skickligheten, där det gäller att kunna bemöta patienter och deras anhöriga på ett smidigt sätt och den förmågan skänker också en viss yrkes stolthet. Hon beskriver att hon har blivit känd för att på ett smidigt sätt klara denna typ av patientkontakter och att sköterskorna ofta ber henne att ta hand om sådana kontakter.

”Och ibland kan man ju känna sig rätt kränkt när de ringer och säger att de vill ha en röntgen och de vill ha prover och de vill att den och den medicinen ska sättas in. Och då gäller det på något vis att svälja och distansera sig ifrån det och fundera över vad det är för något som får dem att säga så här, att bli lite nyfiken. ’Hur fick du den här informationen eller idén, är du själv sjukvårdspersonal, har du pratat med någon’ etcetera, och så kan man säga det att ’det här tycker jag inte är världens bästa men det här tycker jag att vi gör och så får vi fundera på det andra sedan’. Men jag har lyckats lösa sådana här saker varenda gång.” (Ip. 5)

Citatet visar hur läkaren skapar distans till känslan av kränkning som patientens beteende inger och istället försöker förstå varför patienten agerar som han/hon

gör. Strategin är att utveckla ett pedagogiskt tillvägagångssätt och göra det till en del av kärnkompetensen. Den negativa upplevelsen av dilemmat mildras av tillfredsställelsen över att strategin ofta är framgångsrik.

En allmänläkare beskriver en besvärlig situation på en underbemannad vårdcentral. Här inför ledningen nya och oprövade system för att svara på beställarnas krav på ökad tillgängligheten, ett bokningssystem som läkaren uppfattar som kontraproduktivt och som sätter klinikens prioriteringssystem ur spel. Det handlar om att patienterna ska kunna beställa recept och boka besökstider via mail.

”Om patienterna är nöjda vet jag inte men doktorerna var inte nöjda. För det ställer till med en himla massa extraarbete. Därför att det kommer ju ett mail och där står det att patienten vill ha en tid för magen. Jaha, men det normala sättet att få en tid hos oss det är att man pratar antingen med en sjuksköterska eller en doktor som hör sig för, ’vad handlar det här med magen om’, och gör sedan en bedömning, en prioritering. Måste han komma idag, kan det vara en blindtarmsinflammation, är det något som kan vänta ett tag för det handlar om några slags tarmbesvär som personen har haft i många år. /.../ Då måste man ju ringa upp den här personen för att få veta mer och då ska någon jaga dem i telefon. Och då blir det ju en massa arbete. Så det besparar ju inte arbete. /.../ Dels tar det tid och dels är det kanske fel patienter som får komma till.”

Ett annat exempel på när kraven på service kommer i konflikt med läkarens professionella bedömning handlar om systemet med vårdgarantier och regler för väntetider. En läkare berättar att det inte är de sjukaste patienterna som prioriteras, utan de patienter som känner till sina rättigheter om garantin om vård inom tre månader.

”Det är ändå många patienter som har hörsammat att de har sina rättigheter och att det är en tremånaders garanti och kommer man inte in på den tiden kan man överklaga. Så att vi har ju en snabbkö och det är de som har anmält som går förbi alla andra då. Det är inte de svåraste fallen utan de som anmäler som prioriteras, därför att de skapar så hemskt mycket arbete med sina anmälningar. Då måste man skriva till Patientnämnden och sedan svara på olika inlägg. Det kan bli hur mycket som helst.” (Ip. 7)

De patienter som bevakar sina rättigheter genom att anmäla eller hota att anmäla prioriteras alltså därför att en eventuell anmälning tar så mycket tid och kraft. Hur läkaren än väljer att agera - vare sig den krävande patienten tas om hand med förtur eller om det blir en anmälan till Patientnämnden som måste hanteras - så innebär det en ökad väntetid för övriga patienter. Läkaren möter ett beteende från patienten som har ett stöd i statens och huvudmannens reglering av sjukvården, men som ställer läkaren inför ett besvärligt dilemma. Vad händer då i läkarens relation till de patienter som utifrån sina reglerade rättigheter agerar som kunder? De får kanske inte riktigt samma behandling som de saktmodiga som finner sig i sin plats i kön.

”Det finns en viss animositet hos en där. Man känner att detta var en kve-
rulant, och nu ska vi bara bli av med detta fall enligt konstens regler. Det
är inget roligt! Och ibland när de ger en liten resumé om hur länge de har
fått vänta så har jag sagt något syrligt att, du har ju gått förbi nittio patien-
ter här så jag tycker inte du har något att klaga över.” (Ip. 7)

I exemplet ovan förändras mötet så att patienten i mindre utsträckning uppfattas
som en behövande patient. Mötet blir negativt laddat då kravet på service hamnar
i förgrunden snarare än patientens behov av vård, och läkaren ”hämnas” genom
ett mer kyligt bemötande. Kundstyrningen tycks medföra att de patienter som
agerar som aktiva krävande kunder får företräde jämfört med passiva patienter,
även om de kanske får ett mindre genuint sympatiskt bemötande. Här står läka-
ren inför valet att vara lojal med den ena på bekostnad av den andre, en situation
som inte löstes genom att neka den krävande kunden tillträde utan genom den
smidigare strategin att genom distansering ”bli av med detta fall enligt konstens
regler”.

En av de intervjuade läkarna skiljer sig från de övriga i det att hon protesterar
och går i konfrontation med patienter som agerar som kunder. Denna allmänläka-
re tycker att allt tal om ”patienten som kund” fostrar patienterna till ett slags
”otacksamma kravmaskiner som bara kräver och kräver” och menar att kundper-
spektivet ligger bakom att patienters tacksamhet har ersatts av krav och klagomål.

”Ska politikerna hela tiden bara lära människor att klaga, då kommer vi
inte ha några folk kvar i vården. Det är väl ingen som har lust att bara få
höra att alla kräver och kräver och kräver. Det är ju inte så att det kommer
någon blomma eller någonting från patienterna längre, det gjorde det för
femton år sedan. /.../ Man kan väl lika gärna fostra folk att vara tack-
samma att vi har den här sjukvården som vi har.” (Ip. 1)

Hon identifierar således politikerna som orsaken till att det blivit orimliga förut-
sättningar i arbetet eftersom de ”hela tiden lär människor att klaga”. Den inter-
vjuade läkaren känner sig särskilt provocerad av de yngre generationerna som
hon menar är särskilt krävande och respektlösa.

”De är otrevliga och de kräver och de anser att de har rätt. Och de står här
på fredag eftermiddag klockan fem och vill träffa doktorn för det är nu de
har tid att träffa doktorn. /.../ Och det räcker inte med en sjuksköterska
utan de måste gå till doktorn. Och det räcker inte med mig som är allmän-
läkare för jag är inte specialist och kan ingenting.” (Ip. 1)

Av citatet framgår att läkaren känner sig kränkt i sin professionella identitet i
mötet med dessa patienter. De saknar respekt för hennes kunnskap och hennes
tid. Läkarens sätt att hantera detta beteende är att gå i konflikt med patienten och
hävda sin auktoritet.

”Du vet att patienter kan komma in i rummet och säga att de vill bli sjuk-skrivna i fjorton dagar för de inte tycker att det känns bra att jobba. /.../ 'Ja men jag kan ju inte göra det bara för att du vill det utan du måste ju vara sjuk på något sätt.' Och vad som händer i rummet är ju att det blir en totalkonfrontation med patienten, därför att jag inte har någon lust.” (Ip. 1)

Den intervjuade läkaren tror att allmänläkare är särskilt drabbade av denna typ av krävande patienter bland annat efter införandet av husläkarsystemet då det skulle vara så ”enkelt, nära och lätt” att gå till doktorn. Upplevelsen är att kategorier av patienter, såsom de yngre generationerna och de som kommer och beställer sjuk-skrivningar eller recept, identifierar sig som kunder som har rätt att kräva service av läkaren. I intervjun med läkaren framkommer att ilskan växer eftersom den krävande kunden utmanar hennes självkänsla som läkare, den roll och de ideal hon omfattar. Denna negativa relation till patienten kan förstärkas genom likhet med upplevelsen av att också de överordnade och beställarna ständigt kräver högre prestationer, ”... det enda vi får höra uppifrån är att vi inte har tillräckligt många patienter” (Ip. 1). Från sin organisation upplever läkaren inget stöd eller bekräftelse utan relationen präglas av enkelriktade krav på att prestera mer. Samma kvaliteter som finns i relation till organisationen återkommer således i relationen till de krävande patienterna.

En annan av de intervjuade allmänläkarna beskriver andra förändringar av relationen mellan läkare och patient. Han beskriver sig själv som en läkare som älskar sitt arbete, ”det är ett betalt nöje”. Han blir aldrig trött på att ta emot patienter, han ”älskar att spela doktor” som han uttrycker det. Arbetsåtagandet beskrivs som närmast gränslöst:

”Jag tar alla patienter. 'Ingen ska hänvisas härifrån', säger jag, men det är klart personalen gör det i alla fall om inte annat så för att skydda mig och då blir jag rosenrasande. Jag dricker sällan kaffe och äter aldrig lunch och kommer en timme före och går en timme efter.” (Ip. 3)

Men i intervjun framgår också att han byter arbetsplats ganska ofta, eftersom han arbetar så mycket att han till slut inte ”hinner andas”. På en ny arbetsplats med nya patienter förnyas energin. Läkaren beskriver mötet med patienten som en plats för att bekräfta och bli bekräftad.

”Och även om inte alla säger det så måste det ligga en väldig tjusning hos alla doktorer som jobbar så här, att man ändå får möta människor. Det är otroligt! Och man får betalt för det! Hur intressant är diagnosen då? Täm-ligen ointressant och behandlingen är väl bara att se dem. Mycket av jobbet är att bekräfta människor. Om det är det vi ska lägga våra pengar på det vet jag inte egentligen, men systemet är upplagt så att just nu ska människor bli sedda i sjukvården.” (Ip. 3)

För denne läkare finns ingen motsättning mellan läkarrollen och kunddiskursens krav på bemötande som en helt central del i arbetet. Uppgiften att se och bekräfta patienterna uppfattas som den mest positiva delen i arbetet, något läkaren till stor del lyckas mycket väl med och får belöning i form av nöjda patienter. Men i och med att patienternas bekräftelse är så viktig hotas självkänsla och arbetsglädje när någon enstaka patient inte är nöjd - och det är något som sker oftare nu när det finns möjlighet att välja vårdgivare.

”Vet patienten att det står sju tusen andra doktorer med alla möjliga inriktningar då är det många av dem som begär att få komma någon annanstans och då är det svårt att säga nej, eller rättare sagt man bryr sig inte om att säga nej. /.../ Jag har inte betalt för att sitta och ifrågasätta patienten eller bli ifrågasatt av patienten utan iväg med patienten. Däri ligger ju också det här med sjukskrivning. Därför å ena sidan ska man vara patientens doktor, patienterna är kunder och jag är patientens doktor. I det ligger ju också, 'jag är sjuk, jag behöver vara sjukskriven'. Jaha, då är det väl bara så.” (Ip. 3)

Liksom i tidigare exempel är också denne läkare beredd att gå emot sin professionella bedömning för att slippa den konflikt som kan följa av att gå emot patientens önskemål. Strategin är att ge efter för kundens vilja för att därigenom undvika en konfrontation, eftersom detta skulle vara alltför påfrestande.

”Naturligtvis det är jättetungt när patienter byter doktor eller om de har kritik. Jag är jättekänslig för det. Det är därför som jag alltid försöker få dem nöjda. Jag orkar inte med, jag klarar inte av missnöjda patienter.” (Ip. 3)

Risken att få missnöjda patienter eller att bli bortvald är således en stark stressor för denne läkare, och han upplever att i storstaden, med dess stora valmöjligheter för patienter, så ifrågasätts läkarna mer. Han drivs också av en gnagande oro för att inte vara en tillräckligt duktig doktor och den enda riktigt påtagliga återkopplingen kommer från patienternas bekräftelse eller missnöje. Glädjen och fokuseringen på mötet med patienten ger denna läkare en särskild sårbarhet vilket kan förklara svårigheten att sätta gränser för patienternas önskemål. Lösning på en kravfylld arbetssituation är för denne läkare dels en kompensatorisk strategi med ett par timmars extra arbete varje dag, dels att skapa distans genom att byta arbetsplats med jämna mellanrum.

Sammanfattningsvis gav intervjuerna flera exempel på att läkarna upplevde att patienternas förväntningar och krav ökat som ett resultat av nya styrformer där patientens roll blir mer kundlik. Med Semmers terminologi kan förändringen av patientrollen mot kundrollen med åtföljandekrav på service utgöra ett hot mot självet genom brist på respekt, dels från patienterna i form av orimliga krav, dels i arbetsgivarens underlåtenhet att ge rimliga förutsättningar. Parallellt med denna stress genom brist på respekt finns inslag av att läkarna oroade sig för att inte lyckas leva upp till de ideal om läkarroll och arbetssätt som de själva omfattar,

en del i vad Semmer kallar stress genom otillräcklighet. Lösningen var ofta att göra vad man uppfattar som onödiga uppgifter, att skicka remiss utan rimlig frågeställning, jaga patienter per telefon för att kunna göra rimliga prioriteringar, att låta krävande kunder/patienter gå före i kön av sjukare patienter, och att man går i konflikt med patienter för att upprätthålla självkänslan i sin yrkesroll. Dilemmana hanterades också i något fall genom att läkaren lyckades förändra situationen genom att på ett pedagogiskt sätt avvärja kraven eller att göra hanteringen av de "krävande kunderna" till en del av den professionella kompetensen, men i de övriga exemplen handlade strategierna om att minska obehaget genom distansering eller bagatellisering och även i något fall att använda konfrontativa strategier.

Att arbeta effektivt eller att skydda sig

Detta tema handlar om hur inslag av rädsla kommit in i relationen mellan läkare och patient. Som nämndes i inledningen har det introducerats nya aktörer och system som ska fånga upp avvikelser och klagomål i sjukvården och det har blivit vanligare att patienter gör anmälningar. I intervjuerna framkommer också att läkare upplever att risken för att bli anmäld har ökat väsentligt. En läkare beskriver att hon uppfattar anmälningssystemet som ett sätt att peka ut enskilda syndabockar, snarare än ett intresse av att identifiera systemfel och göra reella förbättringar av kvaliteten i verksamheten.

"Medicinalstyrelsen fanns ju när jag kom ut som läkare. Men då var det ju enormt ovanligt, man hörde ju aldrig talas om anmälningar. Men det ökade. Någon gång på nittiotalet så började man ju lägga ut lappar på sjukhusen, att man skulle anmäla. Och det sprider ju väldigt konstiga signaler både till personalen och till patienter. Det signalerar ju att på det här stället begås det fel så här kan du göra en anmälan." (Ip. 5)

I intervjuerna framgår att systemen med avvikelserapportering och anmälningar av misstag, missförstånd och konflikter i vården verkar skamgenererande när enskilda individer utpekas som orsak till det begångna felet inför andra – arbetskamrater, ledning, kolleger och till och med i offentligheten. Läkaren skall vara ofelbar "annars faller bilan direkt".

"Jag har ju hållit på i trettiofem år nu och bygger mycket av mina beslut på min kliniska erfarenhet så är det klart att vanligtvis funkar det, men i någon enstaka gång så kan det säkert vara så att man gör en miss och då faller bilan direkt alltså. Att man sedan har tagit tusen beslut på klinisk grund som är helt rätta, det är helt oväsentligt om man den ettusenförsta gången gör en felbedömning. Då åker man dit liksom." (Ip. 5)

Dessa anmälningssystem är skapade av stat och huvudman och är utformade för att skydda patienterna. I intervjuerna framkommer dock att systemets utformning har flera negativa sidor. En anmälan till ansvarsnämnden som innebär att "heder och ära" står på spel för läkaren, behandlas av myndigheten med långa hand-

läggningstider följt av extremt korta svarstider för läkaren, vilket upplevs som nonchalant och hänsynslöst. Stödet från arbetsplatsen kan också vara i stort sett obefintligt och läkaren ifråga kan lämnas ensam med skammen, som följande citat visar.

”Jag har ju själv varit anmäld och har till och med blivit varnad. Det var ju oerhört. Jag var helt knäckt! Jag trodde inte jag skulle kunna resa mig från det ärligt talat. /.../ Det var därför jag slutade på min förra arbetsplats. För jag inte fick stöd någonstans ifrån. Jag satt inne på mitt rum och de visste att det hade inträffat men ingen kom in och sa att ’vad som än händer så tycker jag att du är en duktig doktor’ eller något sådant.” (Ip. 6)

Att bli anmäld innebar en påtaglig stress, kopplat till en upplevelse av misslyckande i arbetet. Läkaren uppfattade att det inte fanns någon form av socialt stöd på arbetsplatsen, istället signalerade arbetskamraternas distansering, en brist på respekt och omsorg i den svåra situationen som detta innebär. Rädslan för att bli anmäld gör att de läkare vi intervjuat ägnar mycket uppmärksamhet och energi åt att skydda sig. Man talar om ”att hålla ryggen fri”, en strategi som uppfattas som onödig och ”kontraproduktiv” i förhållande till det arbete som egentligen borde göras i verksamheten.

”Det är rädslan för att bli anmäld som styr väldigt mycket av sjukvården på ett sätt som är ju kontraproduktivt, som jag ser det. Att styras av rädsla kan aldrig vara någonting meningsfullt, alltså. Det kan ju i sig göra att man bara ägnar tid åt att förebygga hål i sin argumentation men man struntar i det huvudsakliga. Jag menar det viktigaste är ju ändå att patienten mår bra, inte att jag lyckas dokumentera och skydda mig så att om det går åt helvete så kan ingen komma åt mig.” (Ip. 6)

Att ”hålla ryggen fri” handlar om att göra olika uppgifter som man annars inte skulle ha gjort. Systemet styr läkarna till att göra onödiga undersökningar eller ett överdrivet noggrant dokumenterande i patientjournalen. För att inte riskera att bli anmäld, utvecklas strategin att hantera tvister med patienten på ett eftergivligt sätt, att ”lägga sig platt” som en läkare uttryckte det, att förbehållslöst be om ursäkt för vad det än må vara. Denna strategi utvecklas till en del av yrkeskunnandet, man blir skicklig på att hantera besvärliga patienter. Andra strategier är att distansera sig och bli formell i mötet med dessa patienter eller att bokstavligen undvika dem man tror eller vet är anmälningsbenägna.

”Det finns ju vissa patienter som jag tycker någon annan ska ta. Det är ju sådana patienter som alla tycker är lite jobbiga. Det finns ju patienter där man märker att den här patienten egentligen är ute för att anmäla mig och sådana kontakter vill man helst inte ha.” (Ip. 14)

Strategin att distansera sig i förhållande till dessa patienter kan ses som en form av indirekt ”revansch” för dessa personers respektlösa beteende. En läkare beskriver hur kollektiva strategier vid terapikonferenser kan ge ”lite trygghet” ge-

nom att samtliga läkare på enheten är med och fattar beslut om vissa patienters vård och behandling.

”I och med att vi har de här terapikonferenserna så kan vi ju alltid lägga in i datorn att det här har diskuterats på terapikonferensen och då vet vi ju att alla som är bra på det här har varit med i diskussionen och då har man ryggen fri också. Det ger oss också lite trygghet.” (Ip. 14)

Från denna arbetsplats finns också beskrivningar av korta informella morgonmöten för enbart läkargruppen där svårigheter dryftas. Citatet nedan visar hur kollektiva strategier fungerar kring ”besvärliga patienter”.

”Det finns ju besvärliga patienter, patienter som är hemskt krävande, missnöjda, rättshaverister och sådant. Det kan ju verkligen knäcka doktorer. Och då är det viktigt att det finns ett stöd. Vi har ju några sådana patienter som cirkulerar här på mottagningen och då försöker vi stötta de läkare som har hand om dem. /.../ Det är ingen som sitter och kuckelurar med att han har en sån där hemsk patient utan det åker upp på bordet så att man vet om, vi vet liksom namnen på de mest besvärliga. /.../ Plus att journalen talar sitt tydliga språk när man ser patienterna där allting är dokumenterat, man ser att läkaren måste skriva diktat för att skydda sig på något vis. (Är det mer av det nu?) Ja, det tycker jag. Men det är ju också på gott att patienten blir mer pålästa och krävande, men vi blir ju på sätt och vis ineffektiva.” (Ip. 15)

Läkaren beskriver att patienternas stärkta ställning upplevs vara på både gott och ont. Det kan leda till bättre vård men gör samtidigt läkarna mer ineffektiva när rädslan för att bli anmäld leder till ett merarbete som syftar till att skydda läkaren. Vetskapen om att enstaka besvärliga patienter kan ”knäcka läkare” gör att det blir nödvändigt att börja arbeta på ett annat sätt. Strategierna, både de individuella och de kollektiva, visar att patientens stärkta ställning har förändrat praktiken, vad läkare gör med sin arbetstid.

Detta tema belyser hur kvalitetssystemens fokusering på misstag och avvikelser introducerar rädsla i mötet med patienter. Resultaten visar att eftersom anmälningssystemen identifierar individer som begått fel leder det till kontraproduktiva arbetsuppgifter. Läkarna tycks inte primärt lasta enskilda patienter för deras roll som anmälare, utan lägger ansvaret för denna stressor på de styrformer som appellerar till ett sådant handlingssätt hos patienter. Anmälningssystemen signalerar också att här förväntas det att det sker fel, vilket en läkare påpekade, underminerar tilliten i patient-/läkarrelationen. Rädslan att bli anmäld ger upphov till strategier som syftar till att skydda läkaren på olika sätt. Det kan handla om att helt enkelt undvika patienter som upplevs som anmälningsbenägna eller att dela på ansvaret genom att avdelningens läkare gemensamt fattar ett beslut snarare än en enskild läkare. Rädslan ger också upphov till strategier som innebär att läkarna ägnar tid och kraft åt vad de själva upplever som onödiga arbetsuppgifter, exempelvis överdriven dokumentation. Anmälningar och negativt laddade möten

med patienter och anhöriga utgör starka källor till stress, men bristande stöd från kolleger och myndigheters okänsliga agerande i dessa situationer blir sten på börda och förstärker således upplevelsen av hot mot självet. Temat berör både en stress genom brist på respekt genom arbetsgivarens underlåtenhet att ge rimliga förutsättningar, men också den starka känslan av otillräcklighet och skam när man misslyckats med en uppgift.

Att ta eller att överlämna ansvar

Kunddiskursens ideal skiljer sig från patientdiskursens genom betoningen på kundens önskemål och behov. I detta ideal ligger också en förskjutning av var ansvaret vilar. I intervjuerna framkommer att kundidealet det nya synsättet har påverkat läkarnas förhållande till ansvar så att de delar det mer med patienterna. En psykiater motiverar förändringen med ekonomiska argument. Hon tror att självständiga patienter kan bli en "god investering" eftersom behovet av sjukvård då kan minska.

"Vi har ju ett patientbibliotek här och vi har också en dator som står i väntrummet för att vi vill att våra patienter ska bli kunnigare och mer självständiga, för jag tror ju att om de tar mer ansvar själva och kan mer så behöver de inte springa här lika ofta. Jag tror att det är en god investering". (Ip. 9)

Flera av de intervjuade läkarna betonar vikten av att patienterna har ett reellt inflytande i valet mellan olika behandlingsalternativ. Patienten ska behandlas som en individ med en egen vilja som ska respekteras. Det innebär samtidigt att läkaren inte ensam har ansvaret för behandlingsval utan patienten har också, efter att ha blivit informerad om för- och nackdelar, delaktighet och ansvar för valet.

"Man är motiverad att ge information. Det är jätteviktigt. Om man har en ung kvinna som står inför att ta bort ett bröst eller en tårbitsoperation, det är ju ibland ett val, och det är jätteviktigt att man arbetar fram ett beslut hos den här kvinnan själv med ledning av den information man fått så att hon kan fatta rätt beslut. Och får hon inte noggrann information så har hon ingen möjlighet att fatta beslut i en sådan där fråga som inte går att ändra på sedan". (Ip. 15)

Läkarna som intervjuades verkade bekväma med denna uppgift. De beskriver att de klarar av den och att det upplevs som meningsfullt, det är en arbetsuppgift som bidrar till en bra känsla i arbetet. Denna form av ansvarsförskjutning, att dela ansvaret för ett beslut, tycks således inte innebära något större psykologiskt eller professionellt problem för läkarna, det ses inte som en onödig uppgift. Det som problematiseras är tidsåtgången.

"Då [förr] kunde man ju ta otroligt många patienter. Det fungerar inte riktigt längre. Det tror jag att uppåt så undrar man varför läkarna är mer inef-

fektiva och så där, men patienterna är mycket mer krävande. Förr snackade man knappt med patienterna utan det var ju bara in och ut.” (Ip. 15)

I den nya fokuseringen på läkekonst som framhåller ”samarbetsmodellen” ligger att patienternas delaktighet ska göra vården effektivare genom deras medverkan och egenvård – vilket förväntas uppväga tidsåtgången för information och dialog. Vi har dock inte mött många resonemang i intervjuerna om denna effektivitetsökning. Tvärtom betonas att den ökade kvaliteten i vården medför en viss ineffektivitet i läkarnas medicinska arbete, något som man tror att ledningen inte förstår, ”uppåt så undrar man”.

En läkare beskriver hur kvaliteten ökar i vården genom att patienterna själva avgör vilket behandlingsalternativ hon vill ha. Osäkerheten om resultatet av olika behandlingar är betydande och att låta patienten få vara med och överväga risker och fördelar med behandling är något som läkaren uppfattar som positivt.

”Lagen har ju ändrats så att vi ska informera patienten om de alternativ vi har och patienten ska ta ställning. En del patienter kan inte hantera det riktigt bra men jag överlåter det gärna åt patienten att ta ställning. När jag lägger fram alla mina argument så får hon välja biverkningar mot fördelar eller eventuella vinster och det tycker jag är ganska utmanande. /.../ Vi vet ju också våra begränsningar med våra behandlingar som vi ger, att vi överbehandlar väldigt många av våra patienter /.../ Vi vet ju att vi inte är så bra /.../ då tycker jag det är värt att diskutera med patienten, vilken risk eller vilken fördelaktighet hon ser med sin behandling.”(Ip. 14)

I dessa citat från en onkolog uttrycks ödmjukhet inför den svåra situation som patienten befinner sig i och respekt för patientens synpunkter på vården, han vill gärna ”arbeta fram ett beslut” tillsammans med patienten och säger självkritiskt att ”vi vet ju att vi inte är så bra”. Han beskriver att detta med patientinflytande är ”jätte viktigt” och rätt sätt att arbeta på.

I en annan intervju med en psykiater framgår att han tidigare haft en svår arbetsituation där pressen att ta många patienter lett till att han ofta kände sig vanmäktig som psykiater. Nu har läkaren förändrat sin arbetssituation genom att minska direktkontaktarna med patienter. Han verkar istället via andra personalkategorier som sjuksköterskor eller psykoterapeuter.

”Nu är det mer genom andra, och det är lättare att stå ut med patienterna med en emellan så att säga.” (Ip. 10)

Psykiatern har tagit på sig en roll som mentor och samtalspartner för sina medarbetare. Han ser det som en viktig uppgift är att skydda dem mot överkrav genom att hålla på avgränsningarna om vad som är psykiatriens uppgifter.

”Som någon sa, att jag är väldigt bra på att hålla de här avgränsningarna, att jag inte låter mig förledas att gå utanför de här avgränsningarna. Utan

att mitt i den allra mest sorgliga historia så kan jag säga att det här var förskräckligt men var har vi psykiatrin i det?” (Ip. 10)

Han lyckas formulera avgränsningarna så att de blir acceptabla genom att hålla hårt både på diagnosen som urvalsinstrument liksom patientens eget initiativ att söka vård. Därmed sätts gränser mot vad han bedömer vara uppgifter som andra borde ta hand om, det vill säga oskäligen arbetsuppgifter. I citatet nedan används ett argument från kunddiskursen, att man ”lämnar över initiativet” till patienten, som ett sätt att begränsa tillgängligheten.

”Det var en idag som hade råkat ut för de mest gräsliga historier under de senaste två åren men som inte hade visat någon som helst psykiatrisk sjuklighet tidigare och som egentligen inte visade det nu heller och som inte hade sökt själv men som hade remitterats till oss därför att man ansåg att hon skulle behöva stöd av oss. Det blir någon slags tredje eller fjärdehandsinformation och att då inte falla till föga omedelbart och kalla vederbörande. Utan snarare skicka ett brev och säga att vi har förstått av en remiss här att du har det besvärligt och du är välkommen att höra av dig till oss och själv berätta hur du ser på det så ska vi se om vi tror att vi kan hjälpa dig med någonting. Att man liksom lämnar över initiativet till personen så att hon själv uppfattar att hon vill ha med psykiatrin att göra, att hon har uppfattat att hon har ett bekymmer och hon är beredd att presentera det för oss så att vi kan se om det hör till vårt bord.” (Ip. 10)

I denna intervju beskrivs olika sätt att distansera sig från krav på att utföra uppgifter som läkaren inte upplever tillhör arbetets kärna. Det görs individuellt genom att ha någon emellan sig och patienten, men också kollektivt genom att ha en gemensam policy där man hänvisar till specialitetens avgränsningar och att bakom kulisserna stötta medarbetare i att hålla på dessa avgränsningar och inte ta emot arbetsuppgifter som andra kan göra. Remitterter och presumtiva patienter/kunder besvaras med argument från kunddiskursen, som således kan användas reciprok som en gränssättning i en neutral ton.

I intervjuerna finns också flera beskrivningar av vad som kan tolkas som att kunddiskursen påverkar patienters förväntningar på vad sjukvården skall kunna göra för dem. Flera av de intervjuade läkarna upplever en frustration i mötet med en viss typ av patienter, företrädesvis från de yngre generationerna. Det handlar om patienter som uppfattas ha en orealistisk bild av vad det innebär att vara sjuk och vad sjukvården kan göra för dem. De söker vård för minsta småsak och de kommer till sjukvården med föreställningen att omedelbart bli symptomfria.

”Det är en ny patientkategori som man träffar på akutmottagningen och det är fruktansvärt krävande människor födda på sjuttioalet. /.../ De kommer in med ambulans för att de har kräcks i fyra timmar. /.../ Men framförallt så är de ju oerhört frustrerade över att de inte fungerar tipp topp. ’Men jag har ju aldrig kräcks så här i fyra timmar, det kan ju inte vara normalt, ni måste göra en skiktröntgen.’ Ja, men du har maginfluen-

sa. 'Nej jag har aldrig varit så här sjuk och jag har ett jätteviktigt jobb och jag måste gå och jobba så nu får du fan fixa det här.' Det här möter jag ganska ofta." (Ip. 17)

Denne läkares erfarenhet är att unga människor i större utsträckning har internaliserat bilden av sig själv som starka kunder i sjukvården och att kroppens och själens bräcklighet inte ingår i den självbilden. Sjukvårdens roll blir att omedelbart eliminera alla tecken på en sådan svaghet. Denna kundroll uppfattas som ett respektlöst agerande. I mötet uppstår en konflikt om vem som har ansvaret och läkarna menar att de yngre inte förstår att "det finns något som heter egenvård".

"De söker för att de inte förstår att kroppen är förgänglig. Deras problem ligger på en annan nivå, som jag inte riktigt kan hantera. De här yngre de är mer frustrerande för de fattar inte att man kan bli sjuk och att det finns någonting som heter egenvård." (Ip. 17)

En parallell till det tidigare exemplet är en beskrivning från en allmänläkare om hur arbetet kommit att handla allt mer om att ta hand om vad han kallar "livssituationsproblematik". Samtidigt som kunddiskursens krav på att patienterna ska ta mer eget ansvar för sin hälsa sker en förskjutning mot att allt fler "svåra livssituationer" kallas sjukdom och att dessa ska hanteras i sjukvården – en möjlig effekt av att kunden är den som ska definiera vilka behoven är.

"Tyvärr har vi på något sätt hamnat i att livssituationsproblematik också har blivit kallad sjukdom. Och det är svårt också för att idag vill man inte acceptera svåra livssituationer utan man jämför det med sjukdom. Och det är ju inte sjukdom egentligen. Det är också ett problem som man själv måste kunna hantera på något sätt." (Ip. 4)

I citaten ovan tycks det som om både patienter och läkare anammat kunddiskursens människosyn, men utifrån olika delar. Patienten kommer med sin föreställning om kundrollen, sina upplevda behov och en uppfattning om vad det innebär att ta ansvar för sin egen hälsa, medan läkaren möter med sin uppfattning om vad som ligger i eget ansvar, det vill säga att en kompetent individ tar hand om sig själv när det gäller vanliga och ofarliga sjukdomstillstånd.

Detta dilemma handlade om kunddiskursens ideal om ett att ge kunden/patienten ett större ansvar och delaktighet i val av behandling i vården kontra läkares ansvar. Denna typ av ansvarsförskjutning beskrivs i intervjuerna som en positiv förändring av vårdens kvalitet och att ge patienterna ansvar tycks fungera som en proaktiv strategi där läkaren visar en modern attityd gentemot den delaktiga patienten, samtidigt som diskursen kan användas för att sätta gränser för patienternas krav på ett sätt som är neutralt formulerat och inte ger en grund för konfrontation eller klagomål. Ett problem i sammanhanget är dock att det nya arbetssättet att göra patienten delaktig är betydligt mer tidskrävande än det traditionella mer auktoritära bemötandet av patienter. När läkarna inte hinner med sina arbetsuppgifter kan detta antingen tolkas som underlåtenhet av arbetsgivarna att ge rimliga

förutsättningar, det vill säga stress genom brist på respekt, eller att det beror på att läkarna inte lyckas motsvara rimliga krav på kompetens och arbetsförmåga, det vill säga ett tecken på otillräcklighet. Det finns flera beskrivningar av kompensatoriska strategier, att läkarna arbetar gratis på lördagar för att komma ikapp med pappersarbetet när det är lugn och ro på arbetsplatsen – som om det var deras eget problem att detta inte ryms under ordinarie arbetstid.

Professionell eller ekonomisk hänsyn

I hälso- och sjukvården har betoningen på ekonomi ökat under det senaste decenniet. Som beskrevs inledningsvis har reformeringen av sjukvårdens styrning också inneburit att budgetansvaret decentraliserats till klinik- eller avdelningsnivå och att många landsting styr med olika former av beställar-/utförarkontrakt och uppföljningar av olika slag. Detta har bidragit till en ökad fokusering på ekonomi på lokala arbetsplatser genom praktiker som interna kvasimarknader, riktlinjer för prioriteringar, val av mediciner med mera, samt mått av olika slag som följs upp på olika nivåer. Minskningen av antalet vårdplatser inom specialiserad sjukhusvård är delvis resultat av ekonomiska beaktanden under det senaste decenniet. Hur påverkas då läkare av detta? Några av läkarnas beskriver dilemman i patientarbetet som har att göra med denna form av styrning. En psykiater beskriver hur ekonomistyrningen påverkar henne.

”Man pratar ekonomi hela tiden. Man tänker att ’jaha, jag får inte ge den där medicinen för den kostar så fruktansvärt mycket, jag undrar om hon eller han kan acceptera den här och må lika bra på den här medicinen’. Alltså hela tiden så sitter man och funderar, ’ska jag byta till det här, nej det kan jag inte göra för det är dyrare, kan jag skicka den här patienten på den här utredningen, men nej det kostar, jag får försöka ta det med patienten en gång till’. Sådant här tycker jag är lite jobbigt. /.../ Så kommer patienten och säger att det här [den dyra medicinen] var det bästa jag har fått. Då brukar jag tänka att vad roligt att han eller hon mår bra och så skriver jag ut det igen utan dåligt samvete. Och så tänker jag att nu tillhör jag en av de läkarna högt där uppe i toppen som skriver [ut dyra mediciner], men då gör jag det.” (Ip. 9)

Läkaren försöker balansera mellan givna riktlinjer och omsorgen om patienten. Detta balanserande mellan kvalitet och ekonomi, mellan att agera utifrån patientens väl eller utifrån de ekonomiska riktlinjerna, innebär ett dagligt dilemma. Läkarens beskrivning andas engagemang för patienten och hon agerar på ett sätt som ligger i kundstyrningens ideal - att noga överväga ekonomi mot patientens nytta. Det innebär dock ett avsevärt arbete. Ett annat exempel som berör konflikten mellan vårdkvalitet och ekonomi handlar om en läkares erfarenhet från en klinik med prestationsuppföljning på individuell nivå.

”Det var ju mycket pajer och staplar och produktionssiffror hela tiden. Så fick man sitta och svara för att man hade den siffran som visar för mycket vårdtider /.../ och jag hade oftast något dygn mer än alla andra. Så fick

man ju liksom svara för varför man hade det, och det kunde ju omedelbart visas att man inte kunde kosta på sig lyxen att ha en dag mera, det blir ju mycket på ett år. Och det var ju inte så lätt att värja sig. /.../ (Finns det några kvalitetsmått, om det blir bättre kvalitet?) Nej, det finns inte. Det går inte att mäta liksom. Sådant går inte att mäta. Och om jag säger så här, vilket jag inte skulle drömma om att säga men vilket jag tänkte, att jag har bättre vård, så kan jag inte visa det.” (Ip. 6)

Att stå på sig var inte möjligt. Om läkaren ville vara kvar på kliniken och leva upp till de förväntningar som fanns på ekonomiska resultat var han tvungen att skicka hem patienterna tidigare trots att det bar honom emot. Hans upplevelse att patienterna fick bättre vård med något dygn mer på kliniken räckte inte som argument mot kostnader uttryckt i ”pajer och staplar och produktionssiffror”. Att ändra sig och istället ge en sämre vård hade varit ett hot mot den professionella självkänslan för denne läkare och han valde att byta arbetsplats.

Uppdelningen av vården i resultatenheter avser att skapa en ökad ekonomisk medvetenhet på lokal nivå. Att detta fungerar visas både i citaten ovan och nedan. Relevanta prover, undersökningar och vårdtider måste begränsas med hänsyn till klinikens ekonomi. Därmed ställs läkarna inför trycket att väga ledningens krav på att minska på kostnaderna mot vad de uppfattar som patientens bästa. I det följande citatet har läkaren funnit sig i den ekonomiska logiken men kämpar i hemlighet med att upprätthålla vad hon tycker är en anständig professionell nivå. Samtidigt som hon beaktar ekonomin så måste hon ju ibland ”tänka på vad som är enklast för patienten” och ignorera systemets ekonomiska rationalitet.

”Vi får betalt för att de [patienterna] har kommit hit men inte för de här sakerna som vi gör med dem. Så vi har väl fått höra att om vi ska lägga in en patient så ska vi inte göra en lungröntgen direkt, utan det kan de göra från avdelningen. Annars så belastar röntgenundersökningen vår plånbok. Ibland är man ju så snabb, om man har en patient som sviktar så tänker jag det att det är väl bra att göra en lungröntgen så har de det till på morgonen, så kan de se hur mycket man måste justera och så där. Men då kan ju cheferna tycka att ’nej men gör inte det utan låt avdelningarna ta det’. /.../ Men jag kör fortfarande de här röntgenundersökningarna, för de tycker jag är så billiga och kan ändå säga så mycket. Men jo, jag tänker på det [ekonomin], det gör jag. Fast ibland måste man ju tänka på vad som är enklast för patienten också.” (Ip. 17)

En allmänläkare beskriver situationen på en vårdcentral. Här baseras ekonomin på ”kapiteringen”, besöksintäkter, intäkter för tilläggsåtaganden och områdesansvar. Läkaren menar att kliniken både är underbemannad och underbudgeterad. Läkarna har alltför många patienter listade och väntetiderna för icke-akuta besök är ett par månader. Underbemanningen gör att läkaren får kompensera obalansen mellan resurser och krav med egna ansträngningar som går utöver det formella arbetsåtagandet.

”Var och en utav oss har ett för stort beting och så pressar vi oss och försöker hinna med i alla fall, vi försöker jobba smartare och vi försöker jobba fortare men vi har för stort och då orkar vi inte. Men då måste man hitta något sätt att avgränsa sig och det är inte lätt. Just nu har jag inte en enda vanlig tid för icke-akuta besök förrän i december [intervjun genomförd i oktober]. Det är ju absurd! /.../ Och så tänker man att den här patienten som är inbokad kanske går lite fortare så jag kan nog få in en till där och så tar jag lite kortare kafferast. Och där har jag ju egentligen planerat att sitta med provsvaren men jag klämmer in en patient. Så är det hela tiden! /.../ Jag ligger alltid efter. Jag sitter ofta kvar [med administrativt arbete]. Jag går sällan hem klockan fem. Och inte alldeles sällan så sitter jag här ett par timmar på en lördag. När jag sitter här efter klockan fem då får jag ut det på flexen men inte på lördagen. Men jag skänker de timmarna för att det blir lugnare för mig själv att få undan det där [administrativt arbete].” (Ip. 2)

Förutom kompensatoriska strategier så hanterar läkarna på denna vårdcentral arbetssituationen genom att välja att arbeta deltid. Eftersom det inte är någon av läkarna som orkar med patientmottagning på heltid har de sidouppdrag av olika slag eller väljer att ha en dag ledigt per vecka.

I intervjuerna är det flera som flyr arbetssituationer där de inte kan arbeta med rimliga villkor. En av onkologerna beskriver hur det är att inte kunna erbjuda en varm säng till en uppenbart behovande patient och att rådlöst se hur patienterna börjar uppfatta sig som att de tränger sig på.

”Det är fullt på sjukhuset redan när man kommer och ska gå sin jour. Då ska man lägga in fyra patienter. Hur ska jag göra då? Det är liksom inte ledningens ansvar eller så, utan det är ju den här stackars doktorn som hela tiden har patienter som ringer och sjuka patienter på avdelningen. Han ska försöka skaffa en plats för en stackars patient som känner att han kommer och tränger sig på fast han är dödssjuk och behöver ligga i en varm säng.” (Ip. 16)

Läkaren pekar på att det är deras ansvar att hantera situationen och att ledningen inte tar något som helst ansvar för att resurserna inte räcker till. De behovande patienterna blir en belastning för att det de facto inte finns plats för alla som behöver.

”... patienter som är döende och så ska de behöva se att vi har inte någonstans att göra av dem och att vi till och med blir lite besvikna när de ring-er, för vi vill inte ha en sådan till.” (Ip. 16)

Den slimmade sjukvården bidrar till processer där läkaren i sin jakt på sängplatser upplever att hon tränger sig på de redan fulla avdelningarna och att patienterna i sin tur riskerar att uppleva samma känsla av att tränga sig på. Denna läkare undviker numera dessa förhållanden genom att neka jourer, söka tid för forsk-

ning och att arbeta deltid på en annan arbetsplats. Genom sin seniora position kan hon i viss mån undvika att direkt möta de patienter som inte får den vård hon anser att de borde få. Beskrivningen av vanmäktighet visar på en allvarlig stressor som hanteras genom en flykt från dessa arbetsuppgifter och arbetsplatser. I följande citat summerar en psykiater en arbetssituation som blivit outhärdlig - med en ledning som aldrig är nöjd och där det saknas resurser för att hjälpa patienterna.

”Det är en känsla av en klump i magen och en jättestressad känsla som jag har. Riktigt alla beståndsdelar som bygger upp det kan jag inte redogöra för. /.../ För att jag är otroligt stressad därför att jag nästan ständigt kan bli avbruten, att jag alltid ligger efter, att det är olika mail uppifrån med olika saker, att de tycker uppifrån att det aldrig är bra. Det är stora problem, som moln överallt. Väntelistor och allt möjligt, budgeten som aldrig täcker. Vi får höra om den där jävla budgeten! /.../ Ingenstans finns det resurser, det finns inga pengar, de drar ned verksamheter på olika håll. Så står de här de här patienterna och det finns inte så mycket att erbjuda. Förr i världen kunde man skicka patienter någonstans och så var det någon annan som tog hand om dem. Det finns inte längre. Jag tror att det är en bidragande stress och att alla känner att de går på knäna.” (Ip. 7)

Det sista citatet illustrerar flera av Semmers och medarbetares begrepp stress som hot mot självet. Arbetstiden präglas av onödiga och oskäliga uppgifter som stör möjlighet till arbetsro, att ständigt bli avbruten, olika mail uppifrån, dragningar om väntelistor etcetera. Att inte ha resurser för den verksamhet man ska bedriva är en orimlig förutsättning. Här finns också vad som närmast tolkas som respektlöst beteende från ledning och administration som inte ger stöd till verksamheten utan snarare förstärker känslan av övergivenhet genom ständig information om kris och budgetunderskott.

Detta dilemma berör professionella bedömningar i förhållande till ekonomiska villkor och hänsyn. I intervjuerna fanns flera laddade beskrivningar av detta tema från både psykiatri, geriatrik, onkologi och primärvård. Beskrivningarna handlar om hur ekonomiska förhållanden hotar den egna värdigheten som professionell, att arbeta i enlighet med den de ideal som inpräntats i undervisning och i socialiseringen till yrket genom att se till dem som är svårt sjuka och svaga, de patienter som inte kan agera som kunder. Läkarna försöker hantera detta på olika sätt, genom mindre ”överträdelser” mot givna riktlinjer, genom att använda kompensatoriska strategier, att arbeta mer än ordinarie arbetstid på kvällar och helger för att komma i kapp eller att anstränga sig på gränsen av vad man klarar av för att försöka tillgodose patienternas behov. Ytterligare sätt att hantera detta dilemma var en exitstrategi, genom att lämna eller minska arbetstiden i den typ av arbetsuppgifter som man upplever inte kan göras på ett professionellt sätt.

Diskussion och slutsatser

Syftet med studien var att undersöka hur styrformer som kundstyrning och ekonomistyrning påverkar läkarnas upplevelse av dilemman i patientarbetet och strategier för att hantera dessa. Bakgrunden till studien är dels vår egen forskning om hur styrningen av sjukvården förändrats (Hasselbladh m fl, 2008), dels vår forskning om strategier för att hantera svårigheter i arbetet (Astvik, 2003). En bakgrund finns också i annan forskning som visar att läkare rapporterar om arbetsmiljöproblem som kan förknippas med nya styrformer och organiseringen av sjukvården.

Genom att studera hur styrsystem i sjukvården kan relateras till olika typer av arbetsuppgifter i verksamheten synliggörs hur styrningen fäster i den medicinska praktiken. I svensk organisationsforskning finns en tradition som hävdar att det just inte händer mycket när organisationer försöker påverka verksamheten uppifrån, att direktiven från högre nivåer "buffras" på lägre nivåer och att det mesta därvid blir kvar vid det gamla (Brunsson, 1989). Detta synsätt motsägs i denna studie där vi visar hur några förordningar, en garanti, ett klagomålssystem, riktlinjer och en intern kvasimarknad tydligt påverkar läkarnas förutsättningar i arbetet och i mötet med patienter.

Metoddiskussion

Eftersom styrdoktriner och managementstrategier är ett relativt diffust område som inte alltid är uppenbart och identifierat som ett styrsystem för den som är utsatt för dem, behövde intervjuarna kunskap om styrsystemens utformning för att kunna göra informerade intervjuer om läkarnas erfarenheter av dessa. Studien baseras därför på ett strategiskt urval av läkare i ett landsting vars styrsystem vi hade god kännedom om. Läkarna som intervjuades hade lång erfarenhet i yrket och därmed förutsättningar att jämföra de nya styrsystemen med dem som dominerade i ett tidigare skede. Studiens metodologiska ansats har syftat till att få kunskap om läkares upplevelser av nya styrsystem och deras sätt att hantera dilemman som uppstår i mötet med patienterna och för detta syfte var kvalitativa djupintervjuer bäst lämpade.

Studien baseras på ett begränsat antal intervjuer med erfarna läkare i ett storstadsområde. Detta innebär att vi inte kan dra slutsatser om hur vanliga de strategier och dilemman vi beskrivit är, hur de varierar mellan olika specialiteter, typer av sjukhus eller mellan arbetsgivare eller olika landsting. Det är också möjligt att problemen vi studerat skiljer sig mellan generationer och att yngre eller mindre erfarna läkare upplever de nya styrsystemen annorlunda. Ett större och bredare urval skulle sannolikt identifiera fler typer av strategier och fler dilemman som kan vara associerade med nya styrsystem i sjukvården. Studiens resultat är således inte generaliserbart vilket inte heller inte varit syftet med undersökningen. Metoden har istället kunnat bidra med kunskap som ökar förståelsen av vilka dilemman som kan uppstå av nya styrsystem i sjukvården och exempel på hur läkare hanterar dessa.

En annan begränsning rör det undersökta ämnets potentiellt känsliga karaktär. Att berätta om dilemman i mötet med patienter och hur man väljer att hantera dessa kan vara mer eller mindre laddat och möjligheten att kontrollera intervjupersonernas förmåga och vilja att uppriktigt och öppet berätta om sina upplevelser och handlingar är begränsade. Även om intervjuarna eftersträvade ett empatiskt förhållningssätt och en tillåtande atmosfär i intervjusituationen så är metoden ändå begränsad när det gäller emotionellt laddade upplevelser som är förknippade med hot mot självet. Den följande diskussionen får betraktas utifrån dessa begränsningar.

Resultatdiskussion

Våra resultat indikerar att kunddiskursen och nya styrformer har inneburit att patientens ställning stärkts i sjukvården, vilket ju också varit målet med förändringarna. Vi har identifierat fyra dilemman i läkarens möte med patienten som har samband med nya styrformer, svårigheter som beskrevs av många av de läkare som intervjuades för studien. De berörde 1) konflikten mellan kundens rätt till service och läkarens professionella bedömning, 2) konflikten som uppstår ur rädslan för att bli anmäld där valet står mellan att arbeta rationellt och effektivt eller att skydda sig, 3) läkarens balanserande mellan det traditionella ansvaret som ligger i läkarrollen och kunddiskursens betoning på patientens eget ansvar, samt till sist 4) konflikten mellan att agera i enlighet med professionell etik eller efter ekonomiska riktlinjer. De tre första är tydligt kopplade till kundstyrning och den positionsförändring den medfört, medan den sistnämnda är kopplad till styrpraktiker som decentraliserad budget och snarare berörde de patienter vars ställning blivit svagare i samband med nya styrformer. Resultaten har analyserats och kommenterats mer i detalj i direkt anslutning till presentationen.

De dilemman vi analyserat har som en röd tråd att läkarna blir tvungna att handla i strid med sina egna normer – som att sjukskriva utan anledning, att låta friskare gå före sjuka i vårdkön, att beakta ekonomin framför patientens bästa, att ägna tid åt onödiga uppgifter och så vidare. Flera läkare beskrev dessa situationer som negativa aspekter av yrket. Däremot beskrevs temat att göra patienten delaktig inte som lika problematisk, utom i så måtto att läkare inte upplever att man ”uppåt” förstår hur mycket tid detta, i och för sig väsentliga, arbete tar.

Vi analyserade vilka strategier som läkarna använde för att hantera de dilemman vi identifierat. Resultaten visade att läkarna hanterade de motstridiga kraven med en sorts tudelad logik – den ena patienten gällde det att sätta stopp för på ett sådant sätt så att ”kunden” ändå var nöjd, medan den andra patienten var för sjuk för att kunna agera kund och läkaren fick då försöka agera för patientens väl. Naturligtvis har läkares arbete alltid inneburit avvägningar och dilemman av denna typ, men dagens styrsystem har möjligen accentuerat kraven på läkaren att hantera motstridiga krav och konfliktfyllda roller. I copingstermer fann vi flera exempel på emotionsfokuserade strategier som bagatellisering och distansering, men vi fann också exempel på problemfokuserade strategier i form av gränssättning gentemot patienter eller undvikande strategier i form av ”exit” från situatio-

ner där dilemman var frekventa. Dessutom beskrev flera läkare hur de använde kompensatoriska strategier i form av extra arbetsinsatser för att klara av arbetet, så som att arbeta på luncher, kvällar och helger. I ett par intervjuer framkom betydelsen av kollektiva strategier. Vikten av en plats för stöd och kollektiv coping bakom kulisserna i arbeten där man möter mycket klienter eller kunder har beskrivits av Korczynski (2003).

Gränser för det professionella arbetet

Statens ambitioner att styra sjukvården har ökat under det senaste decenniet, och det har utvecklats nya verktyg för att styra den medicinska praktiken. Genom ett omfattande reformarbete har extraprofessionella kriterier letts rakt in i läkarnas arbete, där exempelvis budgetfrågor, tillgänglighetsfrågor och övervägningar från politiken (t ex hur arbetsskador ska bedömas) hamnat på läkarnas bord, områden vars motstridiga krav ökar komplexiteten i det medicinska arbetet.

Förordningar om tillgänglighet, bemötande och anmälningssystem har förändrat läkarens ansvarsbild, och måste betraktas som maktpolitiska instrument i statens hand. Här introduceras en form av hierarkisk styrning som utövas genom patientens rättigheter och valmöjligheter (Hasselbladh m fl, 2008).⁴ Med Hirschmans (1970) terminologi har staten konstruerat möjligheter för patienten att utöva både "exit" och "voice", två förutsättningar som enligt Hirschman är nödvändiga för att en organisation ska kunna utvecklas på ett bra sätt. Patienterna använde sig dock inte av valmöjligheten i den utsträckning man förväntat sig (Socialstyrelsen, 1995). Och visserligen använder patienten "voice" och anmäler vårdpersonalen allt oftare. Våra resultat om hur starkt detta påverkar läkarna stämmer med andra studier (t. ex. Allsop & Mulcahy, 1998; Benbassat, 2001). Anmälningarnas betydelse speglas också i förekomsten av självhjälpslitteratur för dem som blivit anmälda (t. ex. Charles & Frisch, 2006; James & Davis, 2007). I föreliggande studie beskrivs utvecklingen mot ökad delaktighet i flera fall som positiv. Området är dock komplext, studier visar att diskursen om den delaktiga och ansvarstagande patienten snarare är en akademisk produkt än att kraven kommer från patienterna (Hasselbladh m fl, 2008). Ansvar är något som båda parter kan försöka lägga hos den andre. Enligt en rad studier tenderar diskursen att användas för att befria läkaren från ett ansvar för lidanden som de inte kan göra mycket åt (Salmon & Hall, 2003). Svårt sjuka patienter är också betydligt mindre intresserade av delaktighet än friska som yttrar sig om vad de skulle vilja om de blev sjuka.

I professionsforskningstermer är jurisdiktionsfrågan central, det vill säga vad professionen strävar att ha kontroll över. Att ha många mål stör det professionella arbetet, och en professionell strategi är att försöka åstadkomma kontroll över

⁴ Denna strategi för sjukvården förespråkades i Sverige av forskare som drev frågan med en polemiserande retorik, "vrida makten ur händerna på en förskansad sjukvårdsbyråkrati", "vårdgivarna ska betjäna patienterna" osv. (Saltman, 1992; von Otter & Saltman, 1990). Se Hasselbladh m fl, (2008, kap 7) för en utförlig beskrivning av detta tema.

ett *avgränsat* område, med syftet att minska antalet dilemman. (Juristers roll är inte att tänka på vad en förundersökning kostar. Läkarens roll är inte att kontrollera patienters aktivitet under sjukskrivningen. Lärarens roll är inte att vara kurator.) Professionsforskning har dock i stor utsträckning tolkat förändringar i professionernas verksamhet enbart utifrån ett maktpolitiskt perspektiv, att de söker bredda och säkra större verksamhetsområden för sin profession (se exempelvis Illich, 1974/2003 Larsson, 1977; Abbot, 1988). Men förändringar i jurisdiktion och ansvarsområde måste analyseras i relation till den bakomliggande drivkraften. Ligger förändringen verkligen i linje med professionens intresse eller är det snarare frågan om en eftergift inför statens eller allmänhetens krav som är nödvändig för att professionen ska kunna behålla legitimitet och position? Bakomliggande faktorer kan istället vara att professionella försöker distansera och avgränsa sig från områden som innebär påfrestningar och utmaningar (se Salmon & Hall, 2003). Är fenomen som exempelvis en medikalisering av livssituationsproblematik verkligen en strävan efter nya mandat och arbetsområden eller är det en eftergift till kundens krav?⁵

Ett paradoxalt resultat av de nya styrformerna där man ökat möjligheten till "exit" och "voice" för patienterna är att läkare i ökad utsträckning börjat välja olika former av "exit" – att dra sig bort från vissa specialiteter, sjukhus eller patientarbetet (larmrapporter avseende intensivvård, ortopedi och psykiatri i Sjukhusläkaren 2004, 2006; 2007; Läkartidningen 2008). I våra intervjuer beskriver dock inte läkarna någon "voice", det vill säga erfarenheter av att säga ifrån och att få gehör för synpunkter i organisationen. Aronsson och Gustafsson (1999) har visat att läkare mer än andra yrkesgrupper uppfattar att de riskerar att mötas av ovilja om de kritiserar något på arbetsplatsen och att de saknar stöd från sina chefer. Läkarnas avsaknad av "voice" i organisationen tycks således ersättas av olika former av "exit"-strategier.

Stress i form av hot mot självet ... och samhället

Semmers och medarbetares (2007) terminologi om stress som hot mot självet användes för att analysera de svårigheter och störningar i arbetet som våra resultat påvisade. Modellen har fördelen av att vara tydligare kopplad än många andra förklaringsmodeller till olika typer av arbetsuppgifter och villkor i arbetet som orsakar ohälsa och sänkt välbefinnande (jfr t ex Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 2002).

Genom Semmers modell kunde flera av de dilemman som identifierats i studien kategoriseras som orsakade av arbetsgivarens/huvudmannens underlåtenhet att

⁵ Frågan om konsekvenser av professioners inriktning har inte väckt något större intresse i Sverige, med undantag för inom militärsociologin. Där diskuteras tendensen att militära organisationer moderniseras och närmar sig det civila samhällets normer och arbetssätt och vad detta innebär för den militära organisationens särskilda ethos och kompetens (se överblick om dessa resonemang i Hasselbladh, 2008).

skapa goda förutsättningar för arbetet (illegitim stress), i form av kategorierna onödiga och oskäliga uppgifter i arbetet, samt orimligt beteende från vissa patienters sida (illegitimt beteende). Vi såg också exempel på ett enstaka misslyckande i arbetet där effekten av anmälningssystemet var att närmast tillintetgöra läkaren ifråga. En dimension av rädsla har således smugit sig in i relationen mellan läkare och patient, en rädsla för att bli anmäld, en oro för att bli bortvald och en känsla av att inte räcka till (stress genom otillräcklighet).

I 94 procent av alla anmälningar frias vårdpersonalen från anklagelserna (HSAN 2007). Utredningskostnaderna är låga, men våra resultat indikerar att kostnaden för den som anmäls är så hög att det påverkar verksamheten i form av proaktiva men onödiga undersökningar, oriktiga prioriteringar och överdokumentation. Anmälningarna ökar med cirka tio procent per år och HSAN menar att detta beror på att ifrågasättandet och missnöjet med sjukvården konstant ökar och inte på att kvaliteten blivit sämre.

Undergrävandet av tillit i samhället är ett huvudtema i boken "The Audit Society" (Power, 1997). Power visar hur resonemangen bakom kontrollsystemens införande har en tendens att förneka den tillit som finns mellan professionella utövare och dem de ska tjäna. Utvärderingar och kontrollsystem kan betraktas som offentliga uttalanden om den sociala kontrollen som bryter mot antagandet att alla agerar med kunnighet och god vilja. Detta menar Power är en utveckling vars effekter på dem som blir kontrollerade vi inte vet så mycket om, men som kan leda till självuppfyllande processer. Området är mycket komplext eftersom "tillit kommer i nät och inte i enstaka slingor, så förstör man en slinga river man ofta sönder hela nät" (Baier, 1994, s.149, vår översättning). Möjligen kan de dilemman och copingstrategier som beskrivits i föreliggande studie ses som indikationer på ett nät som börjar trasas sönder och att såväl 70-talisternas "orimliga" förväntningar som läkarnas "exit"-strategier är effekter av detta. I sådana fall handlar det inte bara om att systemen utgör ett "hot mot självet" för dem som utsetts, det kan spegla ett hot mot vad som länge betraktats som en av Sveriges stora tillgångar – nämligen den höga nivån på tillit i samhället.

I denna artikel har vi beskrivit hur ett antal läkare resonerar om hur deras yrkesroll och arbetssätt förändrats mot bakgrund av nya styrpraktiker i sjukvården. Studien kan betraktas som en pilotstudie där vi försökt överbrygga det "gap" som finns mellan forskning om styrning av organisationer och forskning om hur styrtekniker påverkar förutsättningar och villkor i arbetet. Detta är ett område som blivit allt viktigare att belysa för offentlig sektor och välfärdstjänstearbete när New Public Management utmanar traditionella professionella styrformer. Fortsatt forskning bör fördjupa såväl hur överorganisatoriska styrtekniker konstrueras för att fästa i lokala kontexter, som hur dessa styrformer påverkar förutsättningarna för välfärdstjänstearbetarens möte med patienter, klienter och elever.

Litteratur

- Abbot A (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allsop J & Mulcahy L (1998). Maintaining professional identity: doctors' responses to complaints. *Sociology of Health & Illness* 20(6):802–824.
- Arbetsmiljöverket (2003). *Projekt Primärvård - Ett tillsynsprojekt i Västra Götalandsregionen våren 2002*, RAP 2003:11, Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arnetz B (2002). Läkarna mår allt sämre. *Läkartidningen* 99(22):2496-2504.
- Aronsson G & Gustafsson K (1999). Kritik eller tystnad – en studie av arbetsmarknads- och anställningsförhållandens betydelse för arbetsmiljökritik. *Arbetsmarknad och Arbetsliv* 5(3):189-206.
- Astvik W (2003). *Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Stockholm: Stockholms Universitet och Arbetslivsinstitutet.
- Baier A (1994). *Moral Predjudices: Essays on Ethics*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bejerot E & Erlingsdottir G (2002). En omtolkningsbar idé – kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. I: Bejerot E & Hasselbladh H red. *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Lund: Academia Adacta .
- Bejerot E & Hasselbladh H (2003). Nya kontroll- och maktrelationer i sjukvården. *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 2:107-127.
- Bejerot E & Hasselbladh H (2006). Diskursiv stängning, enrullering och materialisering – en studie av TQM i ett landsting. *Nordiske Organisationsstudier* 8(2):7-38.
- Benbassat J, Pilpel D & Scho R (2001). Physicians' attitudes toward litigation and defensive practice: Development of a scale. *Behavioral Medicine* 27(2):52-60.
- Björkman T (1987/2003). "Management" – en modeindustri. I: Sandberg Å red. *Ledning för alla? Perspektivbrytningar i arbetsliv och företagsledning*. Stockholm: SNS Förlag.
- Brunsson N (1989). *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions, and Actions in Organizations*. Chichester: Wiley.
- Charles S C & Frisch P R (2006). *Adverse Events, Stress, and Litigation: A Physician's Guide*. New York: Oxford University Press.
- Clark J & Newman J (1997). *The Managerial State*. London: Sage.
- Cooper C & Cox T (1987). Stress, coping and problem solving. *Work and Stress* 1(1):5-14.
- Dewe P (1993). Coping and the intensity of nursing stressors. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 3(4):299-311.
- Dewe P (1991). Primary appraisal, secondary appraisal and coping: Their role in stressful work encounters. *Journal of Occupational Psychology* 4(64):331-351.
- Dewe P, Cox T & Ferguson E (1993). Individual strategies for coping with stress at work: A review. *Work and Stress* 7(1):5-15.
- Du Gay P (1996). *Consumption and Identity at Work*. London: Sage.
- Du Gay P & Salaman G (1992). The cult(ure) of the customer. *Journal of Management Studies* 29(5):615-633.
- Edling C (2002). Från pestsmitta och anestesigaser till stress och brist på kontroll. *Läkartidningen* 99(22):2506-2509.
- Edwards J R (1988). The determinants and consequences of coping with stress. I: Cooper CL & Payne R red. *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: Wiley.

- Edwards N, Kornacki, M J & Silversin J (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 324:835-838.
- Eliasson R (1992). Om positioner och perspektiv i forskningen. I: Eliasson R red. *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag.
- Erlingsdottir G (1999). *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Akademisk avhandling. Ekonomihögskolan: Lunds universitet.
- Folkman S, Lazarus R S, Dunkel-Schetter C, DeLongis A & Gruen R (1986a). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 5(50):992-1003.
- Folkman S, Lazarus R S, Gruen R & DeLongis A (1986b). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 3(50):572-597.
- Forssell A & Jansson D (2000). *Idéer som fångslar – recept för en offentlig transformation*. Stockholm: Liber.
- Freidson E (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.
- Freidson E (2001). *Professionalism: The Third Logic. On the Practice of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gardner W L & Martinko M J (1988). Impression management in organisations. *Journal of Management* 14:321-338.
- Hellberg I (1999). Altruism and utility. Two logics of professional action. I: Hellberg I, Saks M & Benoit C red. *Professional Identities in Transition*. Monograph of the Department of Sociology, No 71, Göteborg University and Södertälje: Almqvist & Wiksell International .
- Hood C (1995). The New Public Management in the 1990s: Variations on a theme. *Accounting Organizations and Society* 20(2/3):93-109.
- Hood C, James O, Peters B G & Scott C (2005). *Controlling Modern Government—Variety, Commonality and Change*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Hasselbladh H (1995). *Lokala byråkratiseringsprocesser. Institutioner, tolkning och handling*. Akademisk avhandling, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala: Uppsala universitet.
- Hasselbladh H (2008). *Militärsociologisk forskning med bäring på officersyrkets utveckling – en forskningsöversikt*. Stockholm: Försvarshögskolan (opublicerat arbete).
- Hasselblad H & Bejerot E (2007). Webs of Knowledge and Circuits of Communication: Constructing Rationalized Agency in Swedish Health Care. *Organization* 14(2):175-200.
- Hasselbladh H, Bejerot E & Gustafsson R Å (2008). *Bortom New Public Management – Institutionell transformation av hälso- och sjukvården*. Lund: Academia Adacta.
- Hellgren J, Sverke S, Falkenberg H & Baraldi S (2005). Physicians' work climate at three hospitals under different types of ownership. I: Korunka C & Hoffman P red. *Change and Quality in Human Service Work*. Munich: Rainer Hampp.
- Hirschman A O (1970). *Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. London: Harvard University Press.
- Illich, I (1974/2003) Medical memesis. *J Epidemiol Community Health* 57:919-922.
- James J M & Davis W E (2007). *Physicians survival guide to litigation stress: Understanding, managing, and transcending a malpractice crisis*. New Orleans: Physician Health Publications.
- Joosten E A, DeFuentes-Merillas L, de Weert G H, Sensky T, van der Staak C P & de Jong C A (2008). Systematic review of the effects of shared decision making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom*. 77(4):219-26.

- Juul-Jensen U (1991). *Moraliskt ansvar och människosyn. Attityder till social- och hälsovård*. Lund: Studentlitteratur.
- Illich I (1977). *Disabling Professions*. Boyars: London.
- Karasek R, Theorell T (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Korczynski M (2003). Communities of Coping: Collective Emotional Labour in Service Work. *Organization* 10(1):55-79.
- Larson M S (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Lazarus R S (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus R S & Folkman S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindholm M & Westin J (2005). Frustration över arbetsvillkoren hos svenska verksamhetschefer. *Läkartidningen* 102(5):318-320.
- Läkartidningen (2008). Mindre kliniskt arbete – mer forskning. *Läkartidningen* 105(40):2754-2757.
- Mechanic D (2003). Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA* 289:442-49.
- Moumjid N, Gafni A, Brémond A & Carrère M O (2007). Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making* 27(5):539-46.
- Miller DT (2001). Disrespect and the experience of injustice. *Annual Review of Psychology* 52:527-553.
- Måseide P (1991). Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociology of Health & Illness* 13(4):545-561.
- Neergård P (2002). Configurations in quality management. *Scandinavian Journal of Management* 18:173-195.
- Nikku N (1997). *Informative paternalism. Studies in the ethics of promoting and predicting health*. Linköping: Linköping Studies in Arts and Science.
- Nordgren L (2003). *Från patient till kund. Intrånget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Akademisk avhandling. Institute of Economic Research. Lund: Lund University.
- O'Driscoll MP & Cooper C L (1994). Coping with work-related stress: A critique of existing measures and proposal for an alternative methodology. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 67(4):343-354.
- von Otter C & Saltman RB (1990). *Valfrihet som styrmedel*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Ottosson J red. (1999). *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund*. SBU rapport 144. Stockholm: SBU och Natur och Kultur.
- Pollitt, C. (2003) *The Essential Public Manager*. Philadelphia, Pa: Open University Press.
- Power M (1997). *Audit society: Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Regeringen (1999). *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*. Proposition 1999/2000:149.
- Salmon P & Hall GM (2003). Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Social Science and Medicine* 57(10):1969-1980.
- Saltman RB (1992). *Patientmakt över vården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Schaufeli WB (2006). The balance of give and take: Toward a social exchange model of burnout. *International Review of Social Psychology* 19:87-131.
- Semmer N, Jacobshagen N, Meier L & Elfering A (2007). Occupational Stress Research: The “Stress-as-offense-to-self” perspective. *Occupational Health Psychology* 2:43-60.

- Sewell G & Wilkinson B (1992). 'Someone to watch over me': Surveillance, discipline and the just-in-time labour process. *Sociology* 36(2):271-289.
- Siegrist J (2002). Effort-reward imbalance at work and health. I: Perrewé P & Ganster DC red. *Research in Occupational Stress and Well Being*, Vol 2. New York: JAI Elsevier s. 261-291.
- Sjukhusläkaren 2004:1. *Tema: Hur mår svensk intensivvård?* (www.sjukhuslakaren.se)
- Sjukhusläkaren 2006:3. *Ortopedivården på väg att raseras?* (www.sjukhuslakaren.se)
- Sjukhusläkaren 2007:2. *Nedrustningen av psykiatrin är en nationell katastrof.* (www.sjukhuslakaren.se)
- Socialstyrelsen (1995). Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. *Socialstyrelsen följer upp och utvärderar* 1995:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1997:154. *Patienten har rätt*. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Fritzes: Stockholm.
- SOU 1999:66. *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*. Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stockholms Sjukhusläkarförening & SYLF (2008). *Läkares arbetsmiljö i SLL. Ledarskap, arbetsmiljö och vårdkvalitet*. Stockholm: Stockholms sjukhusläkarförening och SYLF.
- Sutinen R, Kivimäki M, Elovaino M & Virtanen M (2002). Organizational fairness and psychological distress in hospital physicians. *Scandinavian Journal of Public Health* 30:209-215.
- Taylor MS (2001). Reflections on fairness: Continuing the progression of justice research and practice. *Journal of Vocational Behaviour* 58:342-253.
- Tyssen R, Vaglum P, Grønvd NT & Ekeberg Ö (2000). The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical education* 34:374-384.
- Voltmer E, Kieschke U & Spahn C (2007). Work-related behaviour and experience patterns of physicians compared to other professions. *Swiss Med Wkly* 137(31-32):448-53.
- Öhrming J & Sverke M (2002). "Andemeningen är bra, men ..." Kvalitetsfrågans betydelse för vården. I: Bejerot E & Hasselbladh H red. *Kvalitet utan gränser – en kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Academia Adacta: Lund s. 188–208.

Senast utgivna nummer i den vetenskapliga skriftserien Arbetsliv i omvandling

2009

1 Dan Porsfelt (red): Arbetslivsforskning och hållbarhet. Empiriska illustrationer och framtidsvisioner.

2 Wanja Astvik och Eva Bejerot: När patienten blir kund – nya stressorer och strategier i läkarens arbete.

2008

1 Klas Levinson och Jan Wallenberg (red): Medbestämmande i det nya arbetslivet. Forskare analyserar och diskuterar inflytande i arbetslivet.

2 Helen Peterson: Man måste sälja sig själv. Yrkesmässiga krav i det nya arbetslivet – ett könsperspektiv.

3 Johanna Overud, Ann-Mari Sätre och Arja Tyrkkö: Från reserv till reserv. Genusaspekter på den regionala arbetsmarknadspolitiken.

4 Kerstin Waldenström, Annika Härenstam: How are Good and Bad Jobs Created? Case Studies of Employee, Managerial and Organisational Factors and Processes.

2007

1 Åke Sandberg, Fredrik Augustsson och Anne Lintala: IT and Telecom Companies in Kista Science City, Northern Stockholm – Activities, Networks, Skills and Local Qualities.

2 Saeid Abbasian och Carina Bildt: Kvinnors egenföretagande inom upplevelseekonomin. Berättelser från Degerfors och Gotland.

3 Anna Eklöf och Carina Bildt: "Hälsa, arbete och kön – en utvärdering av en jämställdhetssatsning inom vården.

4 Ursula Hård, Elisabeth Sundin och Malin Tillmar: Kvinnors företagande – arbetsmarknadsbeteende och organisatorisk lösning.

5 Paulina de los Reyes: Att segla i motvind. En kvalitativ undersökning om

strukturell diskriminering och vardagsrasism inom universitetsvärlden.

6 Tomas Backström och Inger Söderberg: Organiseringsens samtal. Om hållbar utformning av organisation och rum.

7 Helena Samuelsson och Maria Flink: Unga möter vården – upplevelser och förhållningssätt hos unga anställda i sjukvården.

8 Saeid Abbasian och Carina Bildt: Arbetsvillkor och anställningsförhållanden inom städbranschen i Stockholms län.

9 Annika Hermansson och Björn Johnson: Överutnyttjandediskursen. En innehålls- och konsekvensanalys av diskursen kring överutnyttjande av sjukförskringen.

10 Vesa Läppinen: Det lilla extra. Om formella och informella relationer mellan personal och vårdtagare inom hemtjänsten.

11 Björn Johnsson: Mediebilderna av sjukfrånvaron som samhällsproblem. Dagens nyheters bevakning av sjukfrånvarofrågan 1995-2004.

12 Chatrine Höckertin: Organisational prerequisites and discretion for first-line managers in public, private and cooperative geriatric care.

13 Åsa-Karin Engstrand: I tid och otid med marknaden. Kampen om affärstiderna i ett historiskt perspektiv.

14 Ewa Gunnarsson, Hanna Westberg, Susanne Eriksson och Dag Balkmar: "Learning by fighting?" Jämställdhet och genusvetenskap i VINNOVAs organisation och verksamhetsområde.

2006

1 Johan Hofvendal: Riskabla samtal – en analys av potentiella faror i skolans

kvarts- och utvecklingssamtal (avhandling).

2 Elisabeth Sundin och Gunilla Rapp: Städskorna som försvann. Individerna i den offentliga sektorn.

3 Calle Rosengren: Tiden som form och upplevelse – om relationen mellan arbete och tid.

4 Harry Petersson, Vesa Läppinen, Sandra Jönsson och Joakim Tranquist: Villkor i arbete med människor – en antologi om human servicearbete.

5 Gunilla Rapp och Elisabeth Sundin: Deltidsarbetslöshet som lösning eller problem för arbetsgivare och företagare.

6 Jenny Sahlström och Carina Bildt: "Vet ej" – En studie av heteronormativitet i arbetslivet.

7 Klas Levinson och Jan Wallenberg: Partssamverkan i offentlig verksamhet – en undersökning av svensk ledningsmodell i förändring.

8 Christian Lundahl: Viljan att veta vad andra vet. Kunskapsbedömning i tidig-modern, modern och senmodern skola (avhandling).

9 Gunilla Olofsdotter: I skärningspunkten mellan motstridiga krav och intressen – om ledarskap i bemanningsföretag.

10 Kerstin Nilsson: Äldre medarbetares attityder till ett långt arbetsliv. Skillnader mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

11 Eskil Ekstedt och Elisabeth Sundin (red): Den nya arbetsledningen – arbets- och näringslivets organisatoriska omvandling i tid, rum och tal.

12 Joakim Landahl: Auktoritet och ansvar. Lärares fostrans- och omsorgsarbete i historisk belysning (avhandling).

13 Ann Hedlund: från elev till verksam timmerman – en utvecklingsprocess. Utbildning, yrkeserfarenhet och arbetets attraktivitet.

14 Anders Wikman: Arbetslivets omvandling genom organisatoriska förändringar – en första sammanfattning från Arbetslivsinstitutets kohortstudie.

15 Lena Gonäs, Lennart Hallsten och Roland Spånt: Uppsagdas och arbetslösas villkor och hälsa – en översikt av forskningen 1995-2005.

16 Åsa Mäkitalo (red): Att hantera arbetslöshet. Om social kategorisering och identitetsformering i det senmoderna.

17 Elisabeth Sundin och Anette Thörnquist (red): När anställda blir företagare. Studier om företagande i ett strukturomvandlings- och arbetsmarknadsperspektiv.