

Anders Hansson

Nya utmaningar, gamla strategier

**– om distriktsläkares yrkesroll och attityder till
samarbete**



Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/
enheten för allmänmedicin
Sahlgrenska Akademin,

FoUU-enheten
Primärvården i
FyrBoDal

Göteborg 2008

Anders Hansson

Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för
allmänmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

Arvid Wallgrens Backe 7

405 30 Göteborg

anders.hansson@vgregion.se

ISBN 978-91-628-7042-3

Tryckt: Kompendiet, Göteborg 2008

Omslagsbild: Caduceus, guden Hermes stav som skapade balans mellan
kunskapen och visdomen.

Det finns ett alternativ mellan att förankra ett fartyg i hamnen tills det ruttnar eller släppa det lös att driva för varje kastvind.

John Dewey (2005 s. 152)

ABSTRACT

New challenges, old strategies - on General Practitioners' professional role and attitudes towards interprofessional collaboration *Anders Hansson*, Department of Public Health and Community Medicine/Primary Health Care, Institute of Medicine, The Sahlgrenska Academy at the University of Gothenburg, Sweden

Background: Being confronted by patients with incurable chronic and psychosocially complicated conditions constitutes one of the major challenges for today's General Practitioners (GP). The traditional biomedical disease model is often insufficient. Furthermore, today's patients are educated, self-assured and make demands. One feasible response would be for GPs to improve their knowledge of medical sociology, psychology and anthropology to enable them to handle the multidimensionality of the diseases. Another would be to share their responsibilities by collaborating with other professionals. Yet, the discussion of new strategies is quite uncommon among GPs; possibly because it is not a part of their professional role.

Aims: To describe what GPs consider as the essence of their profession and their tasks (I). To understand why GPs are dubious about teamwork (II). To compare GPs' and district nurses' (DNs') attitudes toward collaboration and to see if these attitudes are influenced by gender, age and high professional self-esteem (III). To study whether medical students' attitudes toward nurse-doctor collaboration are influenced by interprofessional training during their medical education (IV).

Methods: Individual and focus-group interviews with experienced GPs were used (I-II). A simple random sample of 600 GPs and DNs were asked to answer two questionnaires, the *Jefferson scale of attitudes towards collaboration between doctors and nurses* and the *PSDF* (III). The *Jefferson* questionnaire also was used for comparison of students' attitudes towards collaboration at Gothenburg and Linköping Universities. The latter has had ongoing interprofessional training since 1986.

Results: A major theme was the insecurity of GP's in the professional role produced by the need to balance different perspectives; the humanistic position against the role of medical expert role, cure against care, short against long consultations, being the patient's doctor against being the servant of society. Another major theme was the ambiguity of the doctor's role as a team member and conflicts between seeing teamwork as a waste of time contra time-saving, sharing responsibility contra having everything under one's control, medical expert contra generalist, and in becoming a learner contra being almighty. DNs seemed to have a more positive attitude towards collaboration and a higher self-esteem in their professional role than GPs. The attitudes of male and female and older and younger GPs respectively were the same. Nor was there any difference in attitudes towards collaboration between students who had or had not attended a special interprofessional training program during their medical education. Female students were more positive to collaboration than their male counterparts. Final year students were significantly less positive towards collaboration than their younger fellow students.

Conclusions: One of the future major tasks for GPs is to reconcile the humanistic and the medical perspectives within health care. To be able to introduce teamwork it is necessary to consider GPs' understanding of their professional role and to highlight the advantages. Training in interprofessional collaboration should start already during medical school. However, for medical students it seems more important to be accepted in their professional role than to collaborate with other health professionals.

Key words: balancing, general practitioners, professional role, team-work, interdisciplinary, medical students, district nurses

ISBN 978-91-628-7042-3

SVENSK SAMMANFATTNING

Bakgrund: En av de största utmaningarna för dagens distriktsläkare är att möta patienter som söker i sjukvården för kroniska och psykosocialt komplicerade tillstånd som ofta inte går att bota. Den traditionella biomedicinska sjukdomsmodellen är ofta otillräcklig. Patienter är idag dessutom pålästa, kundmedvetna och ställer krav. Bland allmänläkare efterfrågas en avgränsning och precisering av det allmänmedicinska uppdraget. Andra tänkbara strategier skulle kunna vara att som allmänläkare fördjupa sina kunskaper i medicinsk sociologi, psykologi och antropologi för att bättre kunna hantera sjukdomarnas många dimensioner, eller att dela med sig av ansvar i ett utökat interprofessionellt samarbete. Ändå är en diskussion om nya strategier relativt ovanlig bland distriktsläkare. En förklaring torde ligga i läkarnas traditionella yrkesroll.

Syfte: Det övergripande syftet var att studera distriktsläkares attityder till sin yrkesroll och till samarbete med andra yrkesgrupper. Delsyftena var: att beskriva vad som är det centrala i allmänläkarens uppdrag (I); att försöka förstå varför intresset för teamarbete är så lågt bland distriktsläkare (II); att jämföra distriktsläkares och distriktssköterskors attityder till samarbete, samt undersöka om det finns samband mellan attityd till samarbete, kön, ålder och positiv självskattning i yrkesrollen (III); att undersöka om medicinstudenters attityder till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor påverkas av särskilda program för interprofessionellt lärande (IV).

Metod: I delstudie I och II användes kvalitativ intervju, individuellt och i fokusgrupp, med utvalda distriktsläkare. Innehållsanalys tillämpades på intervjuerna. I delstudie III skickades två enkäter ut, *Jefferson scale of attitudes towards collaboration between doctors and nurses* och *PSDF*, till 600 slumpvis utvalda distriktsläkare och distriktssköterskor i VGR. I delarbete IV delades Jeffersonenkäten ut till första och sista års studenterna på läkarlinjerna på Göteborgs (GU) och Linköpings universitet (LiU). På LiU tillämpas interprofessionell utbildning sedan många år.

Resultat: Ett huvudtema var den osäkerhet många distriktsläkare upplever i sin yrkesroll på grund av att behöva balansera mellan olika perspektiv och åtaganden; mellan att vara en humanistisk doktor och en medicinsk expert; bota och vårda; långa och korta besök; och mellan att vara samhällets eller patientens läkare.

Ett annat huvudtema var tvetydigheten i läkarens nya roll som teamarbetare. Teamarbete kunde vara ett slöseri med tid men kunde också vara tidsbesparande. I teamet fick man dela på ansvaret och kunde förlora huvudansvaret. I teamet blev man medicinsk expert och förlorade generalistrollen. I teamet blev man en lärande person och var inte längre den allvetande.

Distriktssköterskor tycktes mer positiva till samarbete mellan läkare och sköterskor och skattade sig själva högre i den professionella yrkesrollen än distriktsläkarna. Attityderna till samarbete var lika mellan manliga och kvinnliga respektive yngre och äldre distriktsläkare. Attityderna till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor skilde sig inte åt mellan medicinstudenterna på GU och LiU. Kvinnliga läkarstuderande var mer positiva till samarbete. De studenter som gick sista året på båda universiteten hade en mer negativ attityd till samarbete än de som gick första året.

Slutsatser: I allmänläkarens uppdrag ligger att förena de medicinska och humanistiska perspektiven. För att kunna introducera teamarbete bland distriktsläkare, måste man ta hänsyn till deras uppfattning om den egna yrkesrollen och kunna redovisa fördelarna. Träning i teamarbete behöver påbörjas redan under grundutbildningen. För läkarstuderande tycks det vara viktigare att tillägna sig läkarrollen än att lära sig samarbeta med andra yrkesgrupper.

ISBN 978-91-628-7042-3

DELSTUDIER

I avhandlingen ingår följande delstudier:

- I Hansson, A., Gunnarsson, RK. & Mattsson, B. (2007).
Balancing – an equilibrium act between different positions:
An exploratory study on general practitioners’
comprehension of their professional role. *Scandinavian
Journal of Primary Health Care*, 25, 80-85.

- II Hansson, A., Friberg, F., Gedda, B., Segesten, K. &
Mattsson, B. (2008). Two sides of the coin – General
Practitioners’ experience of working in multidisciplinary
teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 5-16.

- III Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B. &
Mattsson, B. (2008). Working together – primary care
doctors’ and nurses’ attitudes to collaboration.
Insänd.

- IV Hansson, A., Foldevi, M. & Mattsson, B. (2008). Medical
students’ attitudes towards collaboration between doctors
and nurses – a comparison between two Swedish
universities.
Insänd.

INNEHÅLL

<i>ABSTRACT</i>	4
<i>SVENSK SAMMANFATTNING</i>	5
<i>DELSTUDIER</i>	6
<i>INNEHÅLL</i>	7
<i>FÖRORD</i>	9
INTRODUKTION	11
NYA UTMANINGAR.....	11
<i>Medicinen ifrågasätts</i>	12
<i>Nya aktörer</i>	16
<i>Patienten som kund</i>	19
<i>Läkarna i den förvaltningsstyrda vården</i>	23
<i>Läkarnas politiska yrkesroller</i>	25
<i>Konstruerade gränser i sjukvårdsorganisationen</i>	26
<i>Den giriga organisationen</i>	30
<i>Läkare mår dåligt</i>	31
<i>Läkares copingstrategier</i>	32
<i>Sammanfattning</i>	34
NYA STRATEGIER.....	37
<i>Läkaren i organisationen</i>	37
<i>Om föreningen mellan kunskap och klokskap</i>	40
<i>Samarbete och teamarbete</i>	42
<i>Sammanfattning och frågeställningar</i>	56
HINDER	60
<i>Teorier om professionalism</i>	60
<i>Läkarutbildningens bidrag</i>	72
<i>Att se det man vill se – ett mikrosociologiskt perspektiv</i>	76
<i>Sammanfattande slutsatser</i>	86
SYFTE	90
DET ÖVERGRIPANDE SYFTET	90
SÄRSKILDA SYFTEN FÖR DELSTUDIE I-IV	90
MATERIAL OCH METODER	91
DELSTUDIE I	91
DELSTUDIE II	93
DELSTUDIE III.....	95
DELSTUDIE IV.....	97

RESULTAT	99
DELSTUDIE I	99
DELSTUDIE II	101
DELSTUDIE III.....	104
DELSTUDIE IV.....	106
DISKUSSION	107
OM METODEN.....	107
<i>Om kvalitativ metod</i>	108
<i>Delarbete I</i>	111
<i>Delarbete II</i>	111
<i>Delarbete III</i>	112
<i>Delarbete IV</i>	113
OM RESULTATET	113
<i>Allmänläkarens olika roller</i>	113
<i>Allmänläkaren som teamarbetare</i>	116
<i>Medicinsk expert eller human doktor?</i>	118
<i>Läkarutbildning och samarbete</i>	119
<i>Slutsatser</i>	122
<i>Konsekvenser</i>	126
<i>Fortsatt forskning</i>	128
TACK!	130

FÖRORD

I slutet av 90-talet startade vi ett team bestående av kurator, sjukgymnast, undersköterska, en representant från Försäkringskassan och jag själv, på Brastad vårdcentral i norra Bohuslän. Vi träffades en eftermiddag var 14:e dag för att handlägga patienter med långvariga smärttillstånd, stress och sjukskrivning. En gång i månaden bjöd vi in en ortoped för att få hjälp med bedömningar av patienter, som behövde få ett klart besked om deras tillstånd gick att operera eller inte. Ofta räckte ett besked för att komma igång med rehabiliteringsprocessen. Vi fick hålla på i nästan två år innan vårdcentralen delvis lades ned, vilket innebar att vi inte kunde fortsätta med projektet. Vi var nöjda med arbets sättet och patienterna verkade känna sig väl omhändertagna. Flera av dem kunde återgå i någon form av arbete. Nästan ingen behövde remitteras vidare till andra specialister och vi behövde aldrig anlita Försäkringskassans särskilda bedömningsteam. Men vi gjorde aldrig någon närmare utvärdering.

Kollegorna på vårdcentralen deltog inte i teamarbetet och var heller inte särskilt intresserade. För att kunna övertyga mina kollegor förstod jag att jag måste börja forska på teamarbete, vilket inte var helt lätt eftersom man i dessa sammanhang brukar kräva randomiserade studier och kontrollgrupper. Resurserna för forskning i primärvården är begränsade och det var svårt att få ihop tillräckligt stora material. Dessutom finns det redan en hel del forskning (av varierande kvalitet) gjord på teamarbete. I litteraturen kan man finna bevis för att arbetsmetoden är bra, dålig eller att den inte har någon effekt alls. Ändå kan man tycka att sam- och teamarbete är någonting ganska självklart, när man har att göra med komplicerade och multifaktoriella problem som kräver samordnade behandlingsinsatser. Bland mina kollegor tycks det finnas många som inte delar den uppfattningen. Jag bestämde mig för att ta reda på varför.

Den här avhandlingen handlar alltså om dem som undersöker, bedömer och behandlar. Man vet att läkarens inställning till behandlingen har en avgörande betydelse för effekten, ändå bedrivs det jämförelsevis lite forskning på behandlarna själva. Placeboeffekten t.ex., som kan förklara en stor del av

medicinernas verkningar på patienterna, är helt beroende av att både läkaren och patienten tror på medicinen eller metoden. Ändå ägnas mest forskning åt att studera *renodlade* medicineffekter på patienter – och i många fall är de ganska små. Men hur läkare är som personer, vilka attityder de har och hur de förhåller sig till verkligheten, samhället och andra yrkesgrupper kan inte separeras från deras biomedicinska gärning och från de diagnoser, utredningar och behandlingar de ger till sina patienter. På sociologiska, stadsvetenskapliga och pedagogiska institutioner har man förstått detta och där bedrivs en hel del forskning på läkarvetenskapen och läkare. Tyvärr, är få av deras resultat och diskussioner kända bland läkarna själva. Jag har därför fört in sådana resonemang i avhandlingen för att det vidgar perspektivet och ökar förståelsen.

Jag inga illusioner om att jag här presenterar några nya vetenskapliga upptäckter eller sanningar. Tvärtom, har jag i mitt sökande efter litteratur, artiklar och information på bl.a. på Internet övertygats om att de flesta undersökningar, diskussioner och slutledningar redan är gjorda. Min metod är eklektisk¹; jag har gjort en resa mot ett från början ganska ospecificerat mål och under färden hittat sidospår och intressanta författare som gav mig nya kunskaper och betraktelsesätt. Jag ville gärna dela med mig av mina erfarenheter, varför bakgrundsbeskrivningen blev längre än vad som var tänkt från början. Arbetet har för mig varit både fascinerande och berikande och jag hoppas kunna förmedla lite av den känslan till läsaren. Kan det sedan bidra till att vissa problem uppmärksammas och att en diskussion kommer tillstånd är det ännu bättre.

Många kan nog uppleva att min beskrivning av läkarvetenskapen är onödigt skärskådande och kritisk, och kanske undrar om jag överhuvudtaget kan se en framtid för allmänmedicinen. Men jag tror, tvärtom, att allmänmedicinen är mer nödvändig idag än tidigare. I en tid med fixering vid tekniska lösningar, ökad fragmentering av tillvaron, övertro på enkla och snabba lösningar och på att mediciner skall kunna bota allt från förkylningar till problem på jobbet och i familjen, behövs det någon som har distans, överblick, förmåga att reflektera, se sammanhang och ge saker sina rätta proportioner. Förr kunde inget bestämmas utan hjälp av experter; experten var kvalificerad att besvara frågor av såväl teknisk som normativ natur. Idag är expertkunskapen inte reserverad för professionen, utan tillgänglig för alla. Det kommer att krävas en helt annan expertis för att återinföra förnuftet och känslan i människors liv och för att kunna hjälpa dem att *själva* fatta de beslut som skall vara normerande. Att kunna axla den uppgiften är dagens stora utmaning för allmänmedicinen. Frågan är i vilken mån sådana kvalitéer efterfrågas i samhället för övrigt.

¹ Som försöker förena idéer från olika håll, ibland osjälvständigt eller okritiskt (källa NE).

INTRODUKTION

Nya utmaningar

Det här avhandlingsarbetet tar sin utgångspunkt i de svårigheter som många distriktsläkare¹ upplever i sin vardag. Svensk allmänmedicin har som specialitet tidigare levt ett liv delvis i skymundan för sjukhusspecialiteterna (Swartling 2006). Trots nya insikter om allmänmedicinens fördelar både ur kvalitets- och ekonomisk synpunkt (Starfield 1994, Coulter 1995) och ständiga försäkringar från statsmakterna om nya satsningar på primärvård, har den eftersträvade målsättningen för allmänmedicin som sjukvårdens bas uteblivit. Medelåldern bland allmänläkarna är hög, för få läkare väljer att specialisera sig i allmänmedicin och målet i den nationella handlingsplanen på 6000 allmänläkare i Sverige kommer inte att nås inom en nära framtid (Ohlin 2005). Det stora ekonomiska lyftet som utlovades för allmänmedicin har hittills också uteblivit (SoS 2005a).

Dessutom finns det flera svårigheter inom disciplinen som komplicerar bilden och som har med professionen som sådan att göra. Omvärlden förändras med nya krav från patienterna; nya problemställningar följer med en åldrande befolkning och en ökad medikalisering av vardagsproblem, stadsmakter och myndigheter ställer ökade krav på insyn, redovisning och ekonomisk effektivitet, andra yrkesgrupper som vill in och ta del av läkarnas hävdvunna kunskaps- och maktterritorier, o.s.v. Läkarkåren har inte alltid lyckats anpassa sig efter de nya omständigheterna vilket till en del, menar jag, har att göra med specifika egenskaper i läkarnas profession. I det följande kapitlet kommer jag att redovisa några av de nya utmaningar som möter allmänläkarna i dagens sjukvård. Inledningsvis kommer en kort beskrivning av den diskussion som pågår angående medicinens ställning i samhället, där de ständigt ökade sjukvårdskostnaderna ifrågasätts liksom medikaliseringen av vardagsproblemen. Därefter diskuteras de nya förväntningarna från patienterna och de nya aktörerna som finns på sjukvårdssfältet. Slutligen diskuteras kraven från politiker och administratörer på redovisning av ekonomiska resultat och på ökade prestationer

¹ Jag kommer i fortsättningen att växla mellan begreppen ”distriktsläkare” och ”allmänläkare”. Begreppen används ofta synonymt, men egentligen avses med distriktsläkare en tjänst (som kan innehas av person oavsett specialistutbildning) medan allmänläkare är en specialitetsbeteckning, för den som genomgått specialisttjänstgöring i allmänmedicin. Jag har försökt använda begreppet distriktsläkare (men inte helt konsekvent) när jag vill beskriva en specifik grupp, t.ex. någon av grupperna i mina studier, men talar om allmänläkare när jag beskriver yrkesgruppen eller specialiteten mer allmänt.

i vården. Avhandlingen behandlar det faktum att detta har lett till ett missnöje i läkar-rollen, att läkare i ökad utsträckning känner sig olyckliga, stressade och till och med blir sjuka.

Medicinen ifrågasätts

Människors vilja att underkasta sig medicinsk¹ auktoritet bygger på människors rädsla för sjukdom, lidande och död samt tron på medicinens löften om lindring och bot² (Baldwin 2007). Medicinens framgång och makt är alltså beroende av dess förmåga att hålla utlovade löften. Men de medicinska sensationerna, de medicinska och kirurgiska behandlingsmetoderna som i mitten av förra seklet väckte sådan förundran har blivit alltmer sällsynta. Med det har följt frågan, om inte de största framgångarna i folkhälsan i högre grad var betingade av god nutrition, hygien och goda levnadsomständigheter än av de medicinska insatserna. De stora utmaningarna mot folkhälsan kommer idag inte från de medicinska sjukdomarna, utan från social ojämlikhet och otillfredsställelse med livet (Heath 2007a). Nya mediciner och medicinsk riskprevention erbjuder ingen lösning på den typen av problem.

Edvin Schei (1999) skriver i en betraktelse över medicinens dominans i det moderna samhället, att den ende tjänstgörande provinsialläkaren i Bergen 1860 avgick när det inrättades ytterligare en provinsialläkartjänst, av rädsla för att förlora sitt levebröd. År 2003 gick det en läkare på 270 invånare i Norge. I Sverige ökade antalet läkare från 7100 till 28 000 mellan 1960 och 2003. År 2003 fanns det i Sverige en läkare på 320 invånare. Under samma period ökade antalet allmänläkare i Sverige från 1000 till 5 524 (Nordiska läkarförbunden 2003). Det är rimligt att fråga sig om ökningen av antalet läkare har inneburit motsvarande förbättringar i folkhälsan. Eller är det t.o.m. så att man måst ”skapa” sjukdom och ohälsa för att kunna sysselsätta alla sina yrkesutövare, så som t.ex. Ilich (1975) hävdar i ”Den farliga sjukvården”? Schei menar att medicinens bidrag till folkhälsan har varit marginell; den totala levnadsåldern i Norge är idag ungefär som den var 1950 och dödlighet i tuberkulos och andra infektionssjukdomar var ändå på väg att minska när vaccinationer och antibiotika kom in i bilden. Enligt Socialstyrelsens rapport skall hjärt-kärlsjukdomarnas nedgång i Sveriges befolkning under senaste trettiotal åren i

¹ Med medicinen menar jag här den medicinska praktik som utövas av alla anställda inom sjukvården, oberoende av vem som har utformat den.

² Ernest Becker (1973) menar att människors rädsla för döden leder henne till att transcendera döden genom standardiserade hjältesystem och symboler. Genom samhällets sekularisering, där de religiösa sanningarna har urholkats och ersatts av naturvetenskapens, har läkaren blivit en översinnlig hjältefigur som ges nästan gudomliga egenskaper. Läkarna, det nya prästerskapet, förmedlar vetenskapens mysterier till människorna i rituella system.

första hand förklaras med förbättrade levnadsvanor och inte av medicinens landvinningar (SoS 2005b). Samtidigt ökar, enligt samma rapport, den psykiska ohälsan i befolkningen. Medicinen står fortfarande lika hjälplös inför de allt vanligare ”moderna” sjukdomarna, så som oklara smärttillstånd, fibromyalgi, whiplash, ångest, depression, våld i familjen, missbruk, stress och utbrändhet, som den alltid gjort.

Medicinen¹ kan ha dramatisk betydelse i det enskilda fallet, t.ex. kan svårt skadade i olycksfall räddas till livet, och hjärta, lungor och de flesta andra organ transplanteras till svårt sjuka patienter. Sådana insatser skapar förväntningar på den övriga sjukvården – varför skulle inte medicinens förmåga att avgöra mellan liv och död också kunna tillämpas på andra områden i livet där människor känner sig sjuka? Men trots medicinens framsteg och trots att sjukvården blir allt dyrare så upplever människor sig samtidigt allt sjukare. T.ex. visade Sen (2002), i en jämförelse mellan fattiga Bihar och rikare delar av Indien och USA, att den självrapporterade sjukligheten var betydligt lägre i Bihar. Hagström (2006) visade, att upplevelsen av kronisk sjukdom i en medelsvensk befolkning ökade med nästan 50% under en trettioårsperiod. Den totala sjukligheten och mortaliteten i gruppen minskade, samtidigt som antalet läkarbesök och förbrukningen av mediciner nästan fördubblades.

Enligt Eliot Freidson (1988) är det inte motsägelsefullt att antalet läkare ökar i västerlandet samtidigt som den självrapporterade sjukligheten i samhället blir vanligare, trots att läkarnas uppgift var att bota och förebygga sjuklighet i befolkningen. I själva verket ligger det i vardagspraktikernas åtagande att göra det goda för sina patienter genom att upptäcka, lindra och eventuellt bota sjukdomar hos sina patienter. Då tillskriver man hellre människor sjukdom, än att riskera att missa eller overse med eventuell sjukdom eller med eventuella riskfaktorer. Principen blir alltså att hellre fälla än fria – till skillnad från juristernas rättesnöre som är hellre fria än fälla. Det finns hos de flesta läkare (och kanske hos de flesta människor) en rädsla för att inte göra något alls och därför sätter man hellre en diagnos, ordinerar en behandling eller skriver ut en medicin, även om man vet att det är verkningslöst. Man inser inte de sociala konsekvenser som en sådan sjukstämpling kan få, därför att det inte ingår i ens ansvar – läkare ansvarar för den biomedicinska sidan av behandlingen och den förmodas vila på objektivet vetenskaplig grund. Läkare har en begränsad inblick i den sociala sidan av medicinerna och ämnet socialmedicin studeras och berörs endast summariskt under läkarnas utbildning. Freidson (1988, s. 261) skriver vidare: ”...it seems accurate to say that the prime consequence of medical activity is to increase the total number of illnesses by which deviance may be characterized, and, in the course of so doing, to attempt to increase the intensity of the societal reaction to

¹ Medicinen används här i betydelsen av sådan läkekonst som utövas av professionella utövare som genomgått läkarutbildning för att förebygga, lindra och bota sjukdom och skador.

such illnesses by stressing their seriousness to individual or public health. It is therefore engaged in creating, indeed pressing for the proliferation of situations that create deviant illness roles”.

Undersökningar visar att besöksorsakerna har ändrat karaktär under det senaste halvsekle. Existentiella familje- och relationsproblem, problem på arbetsplatsen och ensamhet kläs numera i kroppslig dräkt och blir till sjukdom som man söker sjukvård för, särskilt i primärvården. Man har bedömt att i genomsnitt en tredjedel av alla konsultationer i primärvården innefattar psykosomatisk problematik (Carlsson 2001). Läkare som gärna vill och även förväntas kunna hjälpa i alla lägen, ger och ordinerar sina patienter behandlingar och åtgärder ur en ganska standardiserad repertoar: olika former av legitim beröring (undersökning, sjukgymnastik), samtal, lugnande mediciner, s.k. ”lyckopiller”, och intyg för ekonomiska bidrag och sjukskrivning (Linton & Ekberg 1994). Alternativt remitteras patienterna till organspecialister eller smärtkliniker¹, vanligen utan att någon varaktig lindring kommer till stånd. Processen med ytterligare utredningar, remisser och sjukskrivningar kan pågå i flera år (Brattberg 1996) till stora kostnader för samhället (SoS 1994). Många patienter upplever att sådana åtgärder hjälper för stunden. De blir nöjda, men det förändrar inte den egentliga problematiken i grunden. Tvärtom flyttas problemen från en strukturell till en personlig nivå. Dessutom styrs sjukvårdsresurserna bort från patienter med större behov, från gamla och sjuka som har svårt att göra sina röster hörda. Patienterna erbjuds olika former av lindring, men passiviserar i längden och förblir oförmögna att förändra sin livssituation – det som man kallar medikalisering² av livsstilsproblem (Moynihan & Heath 2002).

Parson (1964) hävdar, i en jämförelse mellan de amerikanska, indiska, engelska och dåvarande sovjetiska värdesystemen, att i det amerikanska systemet är aktivism, världslighet och instrumentalism de egenskaperna som värderas högst. Med aktivism menar han, att man bemästrar sin omgivning snarare än anpassar sig till den; med världslighet, att man uppskattar sekulära belöningar mer än estetiska och mystiska njutningar; och med instrumentalism, att avsaknaden av bestämda kollektiva och ideala mål för systemet, ersätts med känslan av att man rör sig i den ”rätta” riktningen. Frågan är om det inte är det synsättet som dominerar i hela västerlandet idag och är på god väg att spridas till Asien och Öststaterna. Om människor skall kunna vara aktiva, kunna hantera sina liv och njuta av sina oftast materiella mål, blir hälsan en avgörande faktor. Hälsan och

¹ Min dotter brukar smickra mig genom att kalla mig för en sådan där ”skicka-vidare-doktor”.

² Med medikalisering menas förhållandet att ett problem som i grunden inte är av medicinsk karaktär diskuteras eller betecknas som en medicinsk företeelse. I mer preciserad bemärkelse innebär medikalisering att en läkare ”godkänner” en psykosocial problemsituation som ett medicinskt problem, detta genom att ställa en diagnos, utfärda intyg om arbetsoförmåga m.m. (källa Nationalencyklopedin).

sjukdomarna har också fått en oerhörd stor betydelse för människorna i västerlandet, menar Parson. Sjukhusen har kommit att ersätta kyrkan och riksdagen som institutioner av betydelse, vilket inte minst visar sig i de känslor som rivs upp när ett lokalsjukhus hotas med nedläggning. När man framhäver individens eget ansvar för sin hälsa, ingår det även att underordna sig läkarens kontroller för att tidigt upptäcka, förebygga och eventuella kunna bota sjukdomar. Vägen till lyckan förmedlas inte längre genom kyrkan och prästerskapet, utan går via hälsan som står under läkarnas kontroll.

Medikalisering leder även till att sjukdomsrollen utvidgas till att omfatta nya områden och att uppmärksamheten dras bort från andra, icke-medicinska lösningar. Allt fler områden i livet förvandlas till angelägenheter för sjukvården. Några exempel är de s.k. bokstavsdiagnoserna och nya psykiatriska tillstånd, som t.ex. social fobi. Antalet psykiska diagnoser ökade från 106 till 357 mellan 1952 och 1994, enligt Double (2002). Ytterligare sådana tillstånd är ”trötthets-syndrom” och ”utbrändhet”, som har klassificerats som sjukdomar och blivit medicinska problem. Riskfaktorerna är ytterligare ett område för medikalisering, där normala avvikelser görs till föremål för medicinsk kontroll och behandling. Hälsa är inte längre frånvaro av sjukdom, utan frånvaro av riskfaktorer och de är många, enligt Fugelli (1998). Gränserna mellan vad som är normalt, onormalt, friskt och sjukt är alltid flytande och området, som kan göras till föremål för den medicinska omsorgen i det närmaste oändligt (Smith 2002). Med läkemedelsindustrins ansträngningar att göra direktreklam fritt tillgänglig för allmänheten, som i USA och Nya Zeeland, även inom EU, förväntas en verklig kostnads-explosion (Bonaccorso & Sturchio 2002). Det innebär samtidigt en ökad press på läkarna, som behöver bli fler för att kunna möta den nya efterfrågan – resultatet blir till slut att resurserna ändå alltid kommer att vara otillräckliga (Freemantle & Hill 2002). Läkemedelsindustrin har med sin dominans i människors liv alltmer kommit att styra läkarnas praktik som blivit att behandla riskfaktorer istället för sjukdomar (Heath et al. 2007b). Läkemedelsindustrin har blivit så dominerande att de kan ta patent på organ, cellinjer, olika folkslags genetiska särdrag och till och med på liv genom patentindustrins utveckling (Shiva 2003).

När mer av livets normala skeden som livskriser, relationskriser samt lidande och död, överförs till omsorgssamhället och hälsoinstitutionerna, ökar risken för att människor förlorar förmågan att uthärda lidande och att hantera livets svårigheter. Många människor ser idag aldrig eller mycket sällan gamla, sjuka, avvikande eller döda människor, därför att de tas om hand på sjukhus eller på institutioner och skyddas från omgivningens blickar. Många människor skulle vilja delta och hjälpa till för att bidra till andras välfärd, men vågar inte därför att

de tror sig inte ha den rätta kompetensen¹. Människor upplever sig maktlösa därför att de har vant sig vid att problem bör lösas av experter, utbildade på högskolenivå, på kroppen, på själslivet, på barnafödandet, på sexuallivet och relationsproblemen (Fugelli 1998).

När patienter förväntar sig att vården skall lösa deras livsproblem, skapas känslor av maktlöshet hos allmänläkaren, som under sin grundutbildning fått lära sig att de flesta problem går att lösa den biomedicinska vägen. Den traditionella läkarrollen som medicinsk expert blir i den här situationen inte lika tydlig och självklar. Frustration och identitetsproblem hos primärvårdsläkare rapporteras följaktligen (Hellström et al. 1998; Deyo 1996). Vidare uppstår i dessa patient-kontakter ett diagnostiskt dilemma: Hur skall problemen definieras? Var ligger den diagnostiska nivån? Skall problemen få en ren medicinsk etikettering eller är det i huvudsak ”allmänmänskliga problem” (Glazier et al. 1998, Rosser 1996).

Nya aktörer

Medicinens oförmåga att ge adekvat behandling för de stressrelaterade besvären, livsstilssjukdomarna, de kroniska sjukdomarna, och att lösa de stora folkhälsoproblemen har banat väg för nya aktörer på hälsomarknaden (Marmot 2006). Svenskarnas intresse för alternativmedicin har ökat under de senaste åren, vilket framgår av en telefonenkät med ett tusen personer, som gjordes på uppdrag av Stockholms läns landsting år 2000 (Stockholms läns landsting 2001). Den visar sig att under det senaste decenniet hade användningen av alternativ medicin mer än fördubblats. Av de tillfrågade uppgav 49 procent att de använde alternativ medicin. De flesta hade i första hand besökt den traditionella hälso- och sjukvården för de besvär som senare fick en komplementär- eller alternativmedicinsk behandling för. Cirka 77 procent av de tillfrågade tyckte att det var viktigt med ökad samverkan mellan traditionell och alternativ medicin.

I Storbritannien finns det idag sannolikt fler alternativmedicinska terapeuter än vad det finns allmänläkare. I USA betalar allmänheten lika mycket för alternativmedicinen som de gör för konventionell sjukvård. Samtidigt startar även konventionella sjukhus i USA avdelningar med alternativmedicinska terapiformer för att kunna erbjuda sina kunder ett mer fullständigt utbud (Isaksson & Larshammar 2003).

¹ Collins (1979) menar, att det finns en inflation i utbildning i dagens samhälle. Det finns snart ingen syssla som inte kräver en lång högskole- eller universitetsutbildning. Men den väsentliga kunskapen lärdes och lärs fortfarande ut på arbetsplatserna, som t.ex. i det gamla lärlingssystemet. Utbildningarnas längd står inte i proportion till de egentliga behoven inom arbetslivet.

Politikernas förslag på, att i Stockholms läns landsting underlätta för alternativmedicinen med sanktioner och ekonomiska subventioner (Stockholms läns landsting 2001), har utlöst en intensiv debatt från läkarhåll. Man har ifrågasatt om sådan verksamhet verkligen skall stödjas av politikerna, eftersom det saknas vetenskaplig evidens för de alternativmedicinska metoderna (Isaksson & Larshammar 2003, Jerkert 2005). Problemet, som man bortser från, är att inte heller den traditionella medicinens metoder alltid är vetenskapligt beprövade – eller ens går att testa i randomiserade kontrollstudier – utan bygger på s.k. beprövad erfarenhet. Exempel på behandlingsmetoder, som är svåra att utvärdera vetenskapligt är sjukskrivning, kost, motion och flertalet av de sjukgymnastiska metoderna. Hög evidens¹ säger ju inget om hur stor en medicins effekt är eller hur många som kommer att ha nytta av den, och således inte om den har någon påverkan i det enskilda patientfallet. Att en behandling har hög evidens innebär endast, att man funnit en statistiskt signifikant skillnad mellan den och placebo i flera och välgjorda studier. Resultatet kan bli att man utifrån effekter som uppmätts på stora selekterade och välkontrollerade grupper behandlar enskilda patienter som i praktiken inte alls passar in i den studerade gruppens kriterier (Freemantle & Hill 2002, Moynihan et al. 2002). Läkaren introducerar förebyggande behandlingar, på t.ex. hjärt-kärlområdet, till höga kostnader och kanske också med besvärande biverkningar. Detta i hopp om att kunna hjälpa sina patienter. Ändå kommer många av patienterna att insjukna i olika ”endpoints”, därför att de inte råkade tillhöra den rätta gruppen eller uppfyllde de rätta kriterierna.

Avgränsningsarbetet mellan vetenskap och icke-vetenskap har pågått under medicinens historia sedan början av 1800-talet. Gieryn (1983) menar att urskiljningen handlar om en form av ideologisk maktstrategi, som professionen tar till för att försvara sin monopolställning och autonomi, och för att kunna utöka sitt hävdvunna territorium i kampen med andra yrkesgrupper. Gränsen mellan det vetenskapliga och icke-vetenskapliga är i själva verket alltid flexibel, obskyr, mångtydig, motsägelsefull och historiskt kontextberoende. Vetenskapsmannen t.ex. beskrivs i ena stunden som den ödmjuka tjänaren under ”sanningen” och i den andra som hjälten och stjärnan som alla skall se upp till. Vetenskapen kan, av sina försvarare, samtidigt beskrivas som: ren och tillämpad; teoretisk och empirisk; objektiv och subjektiv; exakt och ungefärlig; demokratisk och elitistisk; gränslös och obegränsad. Även om de är inbördes motsägelsefulla, används sådana beskrivningar som ideal och honnörssord i avgränsningsarbetet gentemot det ”icke-vetenskapliga” eller i kampen mellan

¹ Även om ingen idag ifrågasätter nödvändigheten av EBM, så finns det många kritiker av en alltför rigorös eller generaliserande tillämpning av EBM i praktiken – statistiska samband säger inget om det enskilda fallet. Se t.ex. Nordemar et al i LT 2008.

professionerna¹. Så har t.ex. medicinen avgränsat sig mot religionen och alternativmedicinen, genom att hävda att de står på en fast naturvetenskaplig grund och endast sysslar med objektiva fakta.

Sjuksköterskor i primärvården, sjuksköterskor med specialistkompetens i diabetes-, astma- och hjärt-kärlsjukvård, sjukgymnaster, psykologer och kuratorer är andra och mer etablerade aktörer som också gärna vill ta sig in på läkarnas hävdvunna territorier. Sjuksköterskor har idag rätt att skriva ut vissa mediciner och sjukgymnaster anser sig kunna anförtros uppgiften att sjukskriva vissa patientgrupper. Dessa grupper hävdar att de har specialkompetens i psykologi, sociologi, psykoterapi och rörelseapparaters sjukdomar, områden som allmänläkarna behärskar bristfälligt. Vårdcentralernas specialistsjuksköterskor har större möjligheter att kontinuerligt följa sina patienter med frekventa och långvariga besök än vad allmänläkarna har. Genom att delta i olika nätverk och på terapimöten, kan de hålla sig uppdaterade om de senaste rönen inom sitt specialområde. Forskning har även visat att sjuksköterskor tycks kunna ta över vårdcentralernas akut- och jourmottagningar för enklare skador och infektionssjukdomar. Kostnaderna och det medicinska utfallet blev ungefär detsamma i dessa studier, och patienterna upplevde att de fick en bättre konsultation, eftersom sköterskorna tog sig tid och kunde förklara bättre än läkarna (Shum et al. 2000, Horrocks et al. 2002).

David Werner (1977) kunde visa att det gick utmärkt att utbilda människor i egenvård på den fattiga mexikanska landsbygden, där ingen universitetsutbildad läkare ville arbeta p.g.a. låg status och dåligt betalt. Dessutom kunde unga, fattiga och ofta handikappade ungdomar läras upp i att utföra enklare operationer, bland annat ögonoperationer, på ett helt tillfredställande sätt. Werner betraktades initialt som ett hot av WHO, men idag är hans bok "Where there is no doctor" läst över hela världen och anses ha räddat många liv med sina förebyggande råd. Det är ingen nyhet att andra ta över läkarnas arbetsuppgifter med goda resultat i fattiga slumområden eller i underutvecklade länder, eller i tider av nöd och krig då tillgången på doktorer är låg. I en artikel i Lancet redogör man för de s.k. "non-physician clinicians" (NPC) – en sorts barfotadoktorer – som utgör basen i 25 afrikanska länders sjukvårdssystem (Mullan & Frehywot 2007). Dessa NPCs har förskrivningsrätt, ställer diagnoser, fattar beslut kring behandling och specialutbildar sig i anestesi, ögonsjukdomar och lär sig utföra enklare operationer som kejsarsnitt. De har betydligt kortare utbildningar än läkarna, utbildningarna är billiga och de stannar dessutom kvar

¹ Jag kommer i fortsättningen in närmare på kampen mellan professionerna, som den beskrivs av Abbott (1988).

En av orsakerna till att sjukdom, med undantag av psykisk sjukdom, så sällan beskrivs som sociologiskt fenomen – som en avvikelse från ett normaltillstånd – är, enligt Freidson, just att sjukdom betraktas som något absolut, biologiska faktum och därför endast lämpar sig för medicinare att studera (1968).

bland de fattiga sjuka och flyr inte till storstäderna eller till andra länder för att få bättre betalt. Många av läkarnas arbetsuppgifter kan alltså tas över av andra yrkesgrupper med ganska likvärdiga resultat och till en betydligt lägre kostnad.

Medicinsociologiska forskare (t.ex. Friedson 1988, Abbot 1988, Collins 1979) har även ifrågasatt vad det är i den praktiskt utövade medicinen som är så märkvärdigt, att den endast kan utövas av läkare med lång och vetenskaplig utbildning. Mycket av vardagsmedicinen tycks, menar man bygga på praktisk instruktion och personlig erfarenhet. Läkaryrket så som det utövas utanför universitetsklinikerna på landsortssjukhus och vårdcentraler tycks för den utomstående mer påminna om ett hantverk, än om en praktik baserad på teoretisk vetenskap. Författarna frågar sig t.ex. vad det är som skiljer en ortoped från en rörmokare eller bilmekaniker? Bland många läkare finns det dessutom ett motstånd mot den teoretiska kunskap, som alstras på universitetssjukhusen och på de lokala FoU-enheterna (Kendall 1965). Svårigheterna att tillämpa medicinskt vetenskapliga rön i praktisk verksamhet (Smith 1995), liksom att få allmänläkare att förändra sina förskrivningsvanor i enlighet med vetenskapliga fakta är också väl kända. Allmänläkarnas förhållningssätt kan inte helt igenom beskrivas som vetenskapligt.

Patienten som kund

Förr var det relativt svårt för en patient att få tillgång till aktuell medicinsk information från de offentliga biblioteken och den kunskap som förmedlades via doktorerna var ofta anpassad till vad som ansågs lämpligt för den enskilde patienten. Kunskap var liktydigt med makt och makten innehades av den elit som kunde läsa och därför hade monopol på kunskapen. Läkarna, som var en del av denna elit, hade monopol på den specifika kunskapen om människornas kroppar och sjukdomar. Idag har många patienter möjligheter att få detaljerad och exakt information på Internet, information som i många fall kan vara mer överskådlig, begriplig och uppdaterad än vad den behandlande doktorn kan ge.

I en amerikansk undersökning visades att redan för åtta år sedan hade 55 procent av USA:s befolkning använt Internet för att söka hälso- och medicinsk information (Merrill 2002). 92 procent av de tillfrågade tyckte informationen var användbar och 81 procent att de hade lärt sig något nytt på Internet. Majoriteten av de tillfrågade tycktes söka efter information om specifika diagnoser och de flesta sökte mer på Internet efter ett läkarbesök än innan. Flertalet av de tillfrågade doktorerna verkade inte vara medvetna om att deras patienter hade sökt information på Internet. Endast 40 procent av de tillfrågade doktorerna använde själva Internet som informationskälla.

Läkarna får alltså i ökad omfattning möta patienter som på ett eller annat sätt själva och på förhand har utforskat den sjukdom de har eller tror sig ha. Många

läkare anser att konsumentanpassade webbplatser om hälso- och sjukvård är störande irritationsmoment, speciellt de som är vana vid att inte bli ifrågasatta i sin överordnade expertroll (Barret 2000). Osäkerheten mot kunniga patienter bygger ofta på ett ”paternalistiskt” synsätt, där patient-läkarrelationen karaktäriseras av motsatsparen vetande och ovetande, aktiv och passiv. Patientens roll är i dessa fall att passivt överlämna sig i den medicinske expertens vård och omsorg, vilket förutsätter att han helt och hållet kan lita på sin doktor. Men de patienter som söker information är oftast mest fokuserade på sin egen sjukdom och kan hinna lära sig mer om sin sjukdom än vad den behandlande läkaren hinner. Detta gäller speciellt allmänläkarna, vars kunskapsområde är brett, och som sällan har tid att fördjupa sig i ett enstaka sjukdomstillstånd. Läkaren kan lamslås av sin egen okunskap och av att behöva avslöja sina egna kunskapsluckor, vilket kan försvåra patient-läkarrelationen (Pemberton & Goldblatt 1998).

Kunniga och välinformerade patienter utgör således en ny utmaning för läkarna och ställer andra krav på patient-läkarrelationen. Pemberton (1998) menar att denna relation måste bygga på ömsesidigt förtroende och teamarbete för att kunna fungera. Patienten kommer med sina faktakunskaper till konsultationen och läkaren måste kunna hjälpa patienten att värdera och analysera informationen och sätta den i sitt sammanhang. Båda parterna måste kunna erkänna för varandra, att det är svårt att orientera sig och värdera det stora kunskapsutbudet på Internet. De måste kunna samarbeta för att hitta ett förhållningssätt till den ständiga strömmen av vetenskaplig kunskap och nya behandlingsrön. Läkaren bör bli mer av en handledare eller ”medforskare” till patienten, när denne söker efter ny kunskap om sin sjukdom.

Inte bara Internet har förändrat relationen mellan läkare och patienter. Reeder (1972) nämner tre betydelsefulla förändringar, som har stärkt patienternas konsumentroll under sista delen av förra seklet:

1. Medicinens huvudfokus har flyttats från behandling till prevention. Den akut sjuka patienten som förr behövde vård hamnade lättare i en passiv beroenderoll, eftersom det inte fanns tid för förberedelse och reflektion inför läkarbesöket. Patienter som söker för att få förebyggande behandling för sin kroniska sjukdom, behöver däremot övertygas om att behandlingen, t.ex. mediciner och regelbundna kontroller, är nödvändig för att förebygga framtida följsjukdomar.
2. Medicinsk vård erbjuds idag i allt större utsträckning i byråkratiska strukturer, d.v.s. i primärvården har ensampraktiker ersatts av förvaltningsstyrda vårdcentraler (mer tillämpligt utanför Sverige). Med industrin som förebild eftersträvas en ökad grad av standardisering i form av vårdprogram, resultatredovisning och kvalitetskontroller genom patientenkäter med redovisning till beställare och politiker. Den ökade standardiseringen innebär att alla som är involverade i systemet kommer

att omfattas av likartade attityder och värderingar till vården, vårdgivare såväl som konsumenter i vården.

3. Konsumentrörelsernas framväxt och utvecklingen har även påverkat vården. Numera talar man ofta om relationen mellan vårdgivare och konsument istället för om patient-läkarrelationen. Med konsumentrörelsen som förebild bildas nätverk av patientföreningar och intresseorganisationer för olika sjukdomsgrupper. Politikerna initierar årliga patientnöjdhetssenkäter på sjukhus och vårdcentraler och resultaten tillåts i ökad utsträckning påverka politikernas beställningar av vård.

Mot bakgrund av att läkarna idag behandlar allt fler patienter med kroniska sjukdomar, för vilka det finns ett allt större behandlingsutbud (och inte bara inom den traditionella medicinen), förespråkar Charles et al. (1997) att medicinska beslut i ökad utsträckning skall baseras på delat beslutsfattande. Delat beslutsfattande skiljer sig från den paternalistiska beslutsmodellen, där läkaren fattar besluten själv å ena sidan och den modell, där läkaren agerar som agent för patienten, som får fatta alla avgörande beslut, å den andra. Modellen innebär att:

- läkaren skapar en tillåtande och förtroendeingivande atmosfär, så att patienten känner att hans eller hennes åsikter har lika stort värde som läkarens
- läkarens behandlingsrekommendationer skall passa in i patientens livsstil och värderingar
- patienten ges all teknisk information rörande behandlingsalternativ, risker, fördelar och nackdelar på ett förståeligt sätt
- läkaren informerar sig om att patienten verkligen har förstått och inte misstolkat något som har sagts
- läkaren även förmedlar sina egna åsikter och rekommendationer om de olika behandlingsalternativen till patienten

Givetvis ställer ett sådant förhållningssätt ökade krav på läkaren. För att kunna informera sina patienter om de olika behandlingsalternativens för- och nackdelar, krävs dels explicita kunskaper och dels tid. Björvell (1999) menar dock, att alla kan vinna på att patienter deltar i ökad utsträckning i vården, s.k. ”patient empowerment”, eftersom patienten kan bli ”... en likvärdig deltagare i sjukvårdsteamet – en specialist med unik kunskap – när det gäller den egna vården”.

Coulter (1999) anser, att konsumentrörelsen har ökat medvetenheten bland patienterna och politiker om att information, bedömningar, beslut och ansvar behöver delas i ökad utsträckning mellan vårdgivare och patienter. Det innebär nya utmaningar för läkaren som, förutom att vara välinformerad om diagnostiska metoder, sjukdomarnas orsakssamband, prognos, behandlingsmöjligheter och förebyggande strategier, behöver sätta sig in i och ge utrymme för patientens

egna erfarenheter av sjukdomen, de sociala omständigheterna kring sjukdomen, patientens vanor, beteenden, värderingar, preferenser och attityder till risk. Delat beslutsfattande innebär även att man måste kunna dela den osäkerhet som finns angående utgången av medicinska förlopp, och att man måste vara införstådd med det faktum att kunskaper och data rörande sjukdomen inte alltid finns tillgänglig eller inte finns alls. Delat beslutsfattande kan skapa osäkerhet och ångest hos många behandlare och patienter (Elwyn et al. 1999). Många äldre patienter med allvarliga sjukdomar önskar också slippa dela ansvaret för sin behandling och föredrar när den behandlande läkaren tar på sig den uppgiften (Charles et al. 1998). Läkaren måste alltså kunna avväga när det är lämpligt att dela respektive att själva ta på sig ansvaret.

Patienternas/konsumenternas behov av att bli delaktiga i de beslut som tas i vården har resulterat i en intensiv aktivitet bland läkare, fr.a. allmänläkarna, för att möta och tillgodose de nya kraven från allmänhet och politiker. Böcker och artiklar skrivs om konsultationen (Pendelton et al. 1984, Larsen 1994), konsultationskonsten lärs ut under läkarnas grundutbildning (Håkansson 2005) och distriktsläkare deltar på kurser i videokonsultation (Larsen et al. 1997). Konsultationskonsten lyfts upp till en central ingrediens i mottagningsbesöket. Läkares personliga konsultationsstil tycks även, åtminstone delvis, kunna ersätta kontinuitet och personlig kännedom om patienten, som allmänläkarens viktigaste behandlingsredskap (Dowrick 1997). För trots att möjligheterna till kontinuitet och personlig kännedom har ökat under det senaste kvartsseklet, med fler läkarbesök och färre antal patienter per doktor, tycks samtidigt kontinuiteten i primärvården ha minskat¹ (Sweeney 1995).

Att utifrån patientenkäter ta reda på vilken doktorsstil som uppskattas mest av patienterna är heller inte lätt, eftersom det inte finns några kriterier eller ideal för hur en doktor skall vara. Ytterligare en svårighet är att en konsultation kan uppfattas helt olika av läkaren och patienten. Det har kunnat visas i undersökningar där tillfredställelsen med konsultationen hos läkare och patienter, som nyligen hade träffat varandra, värderades (Winefield et al. 1995, SBU 1999).

Medicinska sociologer hävdar å andra sidan att betoningen på patient-läkarrelationen har andra syften; dels ger det allmänläkarna en känsla av professionell expertkunskap², d.v.s. man bemästrar något som särskiljer allmänläkare från andra specialister, och dels ses det som ett sätt att fortsatt behålla och utöva makt över patienterna (Dowrick 1997). Eftersom den moderna

¹ Många unga läkare tycks tillmäta privatlivet lika stort värde som arbetet och deltid arbetande blir allt vanligare, bland såväl manliga som kvinnliga läkare, vilket får följderna för såväl kontinuiteten som det medicinska arbetets organisation (Irvine 1997).

² Jag kommer närmare in på det i min beskrivning av allmänmedicinens historiska utveckling.

människan inte är lika auktoritetsbunden och patienten inte längre blint lyder och följer läkarnas rekommendationer och råd, krävs nya metoder för att övertala och få patienterna¹ att inse att den medicinska vården är nödvändig. Patienter behöver övertygas om att de har tillstånd som kräver läkarvård framför allt i preventivt syfte och att deras sociala eller psykiska lidande beror på medicinskt behandlingsbara tillstånd. Andra forskare menar, att ökad delaktighet inte alltid behöver leda till mer lyckliga eller tillfredställda patienter, men att forskningen har visat att delaktiga patienter uppfattar sig själva som mer friska, är friskare och fungerar bättre än de som inte är delaktiga, vilket på sikt skulle vara ekonomiskt fördelaktigt (Deber 1994).

Läkarna i den förvaltingsstyrda vården

Enligt Deber (1994), är partnerskapet mellan läkare och patienter en del av den nya organisationsstyrda vården som introducerades internationellt och i Sverige, som en reaktion på att kostnaderna för den medicinska teknologin och för sjukvårdsanställda hotade att stiga till orimliga proportioner under 1970-talet. Från att tidigare ha behandlat allvarligt sjuka patienter, sökte nu även ”potentiellt sjuka” och ”oroliga friska” i vården². Eftersom det gamla systemet inte var anpassat för att möta de nya patientgruppernas behov efterfrågades nu en mer varierad sjukvård, som utnyttjade resurserna bättre och kunde passa ihop utbudet med vad patienterna/konsumenterna efterfrågade, bl.a. genom ett utökat samarbete mellan olika hälsoaktörer (Garfield 1970).

Även i Sverige började man kritisera den offentliga sektorn, som hade haft en exceptionell expansion fram till 1980-talet, för den ansågs vara ineffektiv och dåligt anpassad till medborgarnas behov. Behoven var omätliga och den offentliga sektorn tycktes kunna växa oändligt (Forsell 1999). Fram till dess hade de stora offentliga förvaltningarna vuxit fram inom stat och kommun, som präglades av den klassiska byråkratins ideal med formella regler, arbetsdelning, specialisering, tydliga hierarkier, standardisering, lika behandling av ärenden och ämbetsmannamoral. Krav hade tidigare inte ställts på att offentliganställda

¹ Läkaren behöver övertyga patienten om nödvändigheten av att ta en blodtrycksmedicin för att förebygga ev. följsjukdomar, trots kostnader, biverkningar och behov av regelbundna kontroller. Jämför även Foucaults tankar om hur makten genomsyrar allt, inte är lokaliserat till någon punkt eller institution, utan finns i strukturen. Patienten kommer att se sig själv och sitt tillstånd, som kanske har helt andra orsaker och som grundar sig på sociala, klassmässiga betingelser, som en del av en sjukdom och blir genom sin sjukdomsroll passiviserad, oansvarig och föremål experters råd och behandling – föremål för experternas kliniska blickar (Foucault 1973).

² En liknande utveckling ses i Afrika. På medicinska landsbygds-mottagningar anpassade för att behandla akuta medicinska tillstånd, mest infektionssjukdomar, söker allt fler patienter för kronisk värk, relations- och sociala problem. Behandlingen blir ofta medicinsk, med övermedicinering som följd (Andersson 2008).

skulle redovisa ekonomiska resultat eller t.o.m. generera vinst i den verksamhet de ingick.

Under 1980-talet upphörde också den offentliga sektorns expansion. Förutom ekonomiska nedskärningar, genomfördes i början på 90-talet en mängd sjukvårdsreformer och olika organisatoriska lösningar infördes för att förbättra styrning, organisering, kontroll och effektivitet i sjukvården. Samtidigt som verksamheter centraliserades, genom t.ex. sammanslagningar av sjukhus för att uppnå stordriftsfördelar, decentraliserades olika verksamheter, t.ex. sjukhusens polikliniska verksamhet, för att få en ökad flexibilitet och anpassning till de differentierade behoven. Reformerna kom oftast att handla mer om formerna för hur verksamheten skulle bedrivas än om innehållet (Lindberg 2003).

Inspirationskällan för reformarbetet, som sammanfattas i begreppet ”New Public Management (NPM)”, kom från det privata näringslivet, vilket påverkade såväl idéer som språkbruk. Man började tala om marknads-, kund- och ekonomiska perspektiv. Syftet med marknadsperspektivet var att skapa konkurrens genom intern prissättning. Beställar-/utförarmodellen ersatte den traditionella anslagsfinansierade. Ur ett ekonomiskt perspektiv betraktades offentliga verksamheter alltmer som organisationer, vilket innebar att verksamheterna avgränsades mot omvärlden, att de kunde mätas med kvantitativa och kvalitativa mått och jämföras med andra organisationer. Avsikten var att skapa incitament för att bryta en del av de professionella institutionernas sär- och monopolställning, där de tidigare hade varit helt självstyrande och fria från insyn och krav på yttre redovisning¹. Nya gränser konstruerades även såväl inom organisationen som gentemot andra organisationer, och olika enheter blev självstyrande och fick eget kostnadsansvar. Gränsdragningen har inneburit en renodling av verksamheterna, t.ex. hänvisar specialistsjukvården idag alltfler av sina mottagningspatienter till primärvården. Genom att införa differentierade patientavgifter försökte man även styra patienter till rätt vårdinstans. Vårdcentraler blev självstyrande enheter och fick bära sina egna kostnader och kunde inte längre räkna med eftergifter av skulder som ackumulerats från år till år. Olika försök gjordes även, fr.a. i primärvården, att mäta och belöna prestation och styra vårdcentralernas inriktning i ökad utsträckning genom olika beställare/utförarmodeller (SOU 2001).

Gränsdragningen mellan olika organisationer, så som sjuk- och socialvård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, har skapat problem för de patienter

¹ Helt kan den byråkratiska modellen dock inte tillämpas på institutioner som t.ex. sjukhus, eftersom en vetenskapligt skolad yrkesutövare inte kan underordna sig en överordnad som inte har samma tekniska kompetens på området. Därför är sjukhusets organisation mer likt universitetets, med flera autonoma enheter som verkar sida vid sida. Administratörerna har mer en underlättande än en styrande funktion (se Parsons 1964 s. 345)

vars tillstånd är svåra att definiera och som inte tillhör någon bestämd kategori. Ett exempel är ÄDEL-reformen, där kommunerna fick vårdansvaret och sjukvården det medicinska ansvaret för de gamla. Ett annat exempel är, att klienter har fått finna sig i att skickas fram och tillbaka mellan olika myndigheter, därför att de inte anses uppfylla kriterierna för att tillhöra den ena eller den andras ansvar. Proceduren för att bedöma om patienterna är sjuka, arbetslösa eller bara socialfall har skett till stora kostnader för samhället. Som ett alternativ talas nu mycket om samverkan mellan olika organisationer, för att kunna lösa de komplexa sociala frågor som oftast hamnar mellan de olika organisationerna och för att överbrygga konstruerade organisatoriska gränser, som inte stämmer överens med patienternas reella behov¹.

Ett problem med de organisatoriska styrformsförändringarna är att de sällan har utvärderats på ett tillfredställande sätt. Man har t.ex. sällan gjort mätningar före och efter reformerna, vilket omöjliggjort jämförelser (SOU 1999). Samtidigt konstateras, att det är svårt att avgöra om beställar-/utförarmodellen har lett till någon produktionsökning, medan kostnaderna för administrationen helt klart har ökat.

När man inte kan visa på resultat av olika reformer och förändringar, som har skett med stora uppföringar från de anställda i den offentliga vården, kan det också vara svårt att få med de anställda, och speciellt då läkarna, i reformarbetet. Det finns även en oförenlighet mellan de professionella normerna och normerna bakom reformernas styrmodeller. Ju mer komplex den professionella verksamheten är som skall förändras via reformer, desto större tycks sannolikheten vara att förändringarna inte når den operativa nivå där de professionella verkar. Man säger att de som skall utföra arbetet frikopplas (Damm 2008).

Läkarnas politiska yrkesroller

Jenny de Fine Licht (2008) intervjuade 16 distriktsläkare om deras inställning till

¹ Delta-modellen på Hisingen, för samverkan mellan primärvård, socialvård och försäkringskassan, är ett sådant exempel, som jag kommer att redogöra mer för i nästa kapitel (Hultberg 2002).

den politiska yrkesrollen¹. Hennes utgångspunkt var att de som arbetar i den praktiska vården och som samtidigt har ett stort individuellt handlingsutrymme också är med och formar politiken. Den enskilde läkaren har genom sin tolkning, bedömning och balansgång mellan olika krav och lojaliteter stora möjligheter att realisera hälso- och sjukvårdspolitik gentemot patienterna. Genom att läkarna har den medicinska kunskapen om diagnostiken och behandlingen har de stor makt att påverka hälso- och sjukvårdspolitikerna även i policyutformningen. Genom sina professionella organisationer och genom pressen kan de på olika sätt påverka både beslutsfattare och samhället i stort. I intervjuerna framkom att distriktsläkare inte alls har en så enhetlig sjukvårdspolitik uppfattning, som läkarkåren i allmänhet uppfattas ha. Vissa vanliga och gemensamma drag kunde dock urskiljas: känslan av att stå utanför den politiska organisationen, att politiker och administratörer inte skall blanda sig i sådant som egentligen bara läkare kan förstå och veta något om, och lojaliteten mot yrkesrollen och den egna professionen.

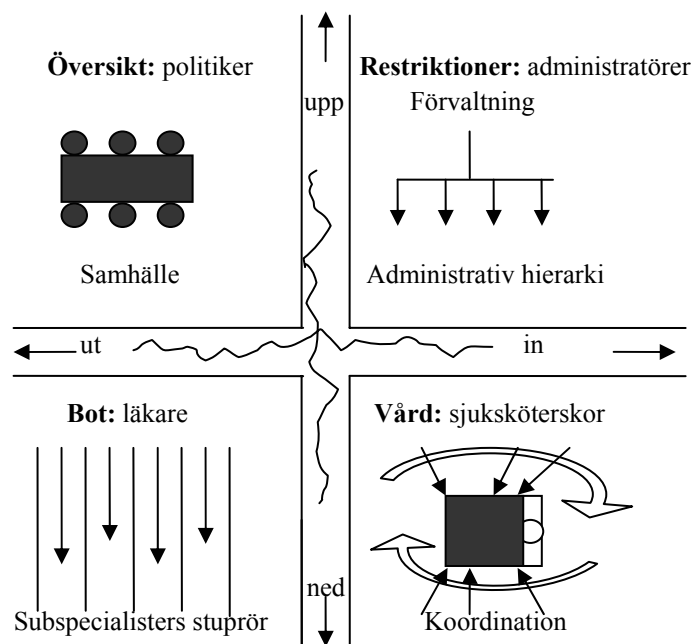
Konstruerade gränser i sjukvårdsorganisationen

Glouberman & Mintzberger (2001) menar att de konstruerade gränserna mellan olika organisationer och inom organisationerna, har påverkat vården negativt, med en svårstyrd administration och ökade kostnader som följd. Det handlar inte enbart om arbetsdelning utan även om attityder, som gör systemet svårstyrt. Sjukvårdsorganisationen uppfattas som bestående av fyra olika världar som är skarpt avgränsade från varandra, se figur 1. I den vänstra övre kvadranten finns de förtroendevalda politikerna, som beställer vården och företräder allmänheten.

¹ Den första politiska rolluppfattningen, kallad "den bättre vetande", utgörs av en idealistisk person som har en vision om hur vården skall organiseras utifrån professionen och som uppfattar regler som ovidkommande, eftersom sjukvård ändå inte kan styras utifrån av politiker och administratörer. Den andra, "den ansvarstagande", utgörs av en läkare som har ett helhetstänkande i sjukvården och som ser sin roll att inte att ifrågasätta, utan utföra sina uppgifter med stöd av de riktlinjer som beslutsfattarna har bestämt. Den tredje rollgestalten, "den överseende", är den gode läkaren, men god i första hand för sina egna patienter och för den egna vårdcentralen. Man visar inget större engagemang för det som händer utanför den egna enheten och regler betraktas mer som rekommendationer än som absoluta krav. Den fjärde, "den strävsamma", är en person som upplever sig som en otillräckligt värderad "vardagshjälte" och som finner det meningslöst att försöka påverka organisationen på något aktivt sätt. Genom att vränga och överlista regelverket skapar han eller hon sig en känsla av frihet och eget handlingsutrymme. Den femte, slutligen, "den avståndstagande", utgörs av en person som tar avstånd från hela sjukvårdssystemet genom att frikoppla sig och starta eget, där han/hon kan få inflytande över en egen sfär. Den avståndstagande uppfattar det som legitimt att bryta mot reglerna om dessa negativt påverkar de egna möjligheterna att bedriva verksamheten på ett effektivt sätt.

I den andra övre kvadranten befinner sig administratörerna, som står för kontrollfunktionen och som skall se till att politikernas beställningar blir effektuerade och att pengarna räcker till. I den tredje nedre högra kvadranten sjuksköterskorna, som befinner sig någonstans mellan patienterna, läkarna och administratörerna. De blir en sorts koordinatörer för att vården på avdelningarna skall fungera smidigt och de har den direkta patientvården som sitt huvudansvar. I den fjärde nedre kvadranten befinner sig läkarna, som ser patienterna som sina egentliga uppdragsgivare och därför endast känner ansvar för att bota *sina* patienter och inte för organisationen för övrigt. Läkarna kan mycket väl arbeta aktivt för sin institution, sitt sjukhus eller sin arbetsplats, men i så fall mer av frivillighet eftersom det egentligen inte ingår i deras uppdrag. Läkarna intervenerar endast vid behov; närvarar under korta och effektiva arbetspass, går sina ronder, utför sina operationer, kommer och tittar till sina patienter tillfälligt, men drar sig sedan tillbaka och överlåter den övriga vården av patienterna till sköterskorna, som är de ständigt närvarande på avdelningarna.

Politikerna arbetar uppåt mot sina väljare, administratörerna mot politikerna och beställarna. Sjuksköterskorna arbetar nedåt, mot läkare och patienter, men även inåt, för att få vårdinsatserna att flyta samman, och läkarna nedåt mot sina patienter. Primärvårdens läkare intar här, lite på samma sätt som sjuksköterskorna, en mellanställning mellan kommunen och sjukhusen genom att ansvara för samordning av vårdinsatserna för sina patienter.



Figur 1. Horisontella och vertikala klyftor mellan sjukvårdsorganisationens olika aktörer. Fritt efter Glouberman & Mintzberger (2001).

Men även mellan sjukhusen och primärvården finns en klar avgränsning och patienterna ses inte som ett gemensamt ansvar, även om det är samma patienter som behandlas både här och där. Glouberman & Mintzberger (2001) menar att olika uppgifter har olika status och tänker sig att åtgärderna ritas upp på en horisontell skala. Det är inte svårt att placera in de olika läkarspecialiteterna på skalan, även om allmänmedicinaren tycks göra lite av allt. Skalan går också parallellt med grader av tydlighet.

- Skära eller direkt ingripa i kroppen har högst status. Det finns en tydlig gräns mellan att bota och att vårda och den som gör det ena gör inte gärna det andra, t.ex. en skär och syr och en annan plåstrar om. Distinktionen mellan vård och bot kan vara meningsfull i t.ex. akut-sjukvården för att tydliggöra vars och ens roller. I ”interventionsändan” hittar man de biomedicinskt klara och otvetydiga diagnoserna.
- På andra plats i skalan kommer att tillföra något till kroppen, t.ex. i form av mediciner eller röntgenstrålning, men redan här börjar gränsen mellan vård och bot bli lite mer diffus.
- På tredje plats kommer att manipulera och beröra och här är gränsen mellan att bota och vårda ännu mer upplöst, eftersom det är svårt att veta om man vårdar eller botar med sin behandling. Dessa åtgärder har lägre status och behandlingsresultaten är svåra att vetenskapligt säkerställa, varför manipulationsbehandlingen överlämnats till paramedicinare, som sjukgymnaster, kiropraktorer, barnmorskor o.s.v.
- Sist på skalan kommer, att medla och förhandla, d.v.s. att endast tala med patienterna och här är gränsen mellan bot och vård helt upplöst och inte heller vare sig funktionell eller meningsfull. I vårdändan hittar man de diffusa diagnoserna som är svåra att beforska och som är föremål för tolkningar och spekulationer. Det som försiggår här har lägst status varför olika former av ”pratbehandlingar”, t.ex. psykoterapi, överlämnats till psykologerna och kuratorerna, medan psykiatrikerna tagit hand om medicineringen och den psykiatriska biologin.

Även organspecialisterna är avgränsade mot varandra i s.k. ”stuprör”. En organspecialist eller subspecialist behärskar sitt område, men har hunnit lämna de övriga medicinska kunskaperna, som förvärvades under den medicinska grundutbildningen eller under de första yrkesverksamma åren, bakom sig. När en patient klagar på besvär som faller utanför den egna kunskapsdomänen – oavsett om det förutsätter mer grundläggande medicinska kunskaper – konsulteras gärna en annan organspecialist som anses bättre förstå sig på det organ där besväret sitter. Förhållningssättet är varken funktionellt eller ekonomiskt hållbart, men svårt att komma till rätta med eftersom läkarnas yrkeskarriär går via subspecialisering. I läkarkåren har som sagt den kurativa aspekten av läkaryrket högst status, eftersom bot, som en förutsättning för

individens aktivitets- och handlingsutrymme, skattas högst i samhället (se Parson 1964). Konsekvensen blir att vård- och samordningsfunktionerna hamnat i skymundan. Allmänmedicinen och andra specialiteter inriktade på vård får svårt att attrahera läkare. Alternativmedicinen, som skulle kunna ge många människor med kroniska och icke botbara åkommor lindring, får kämpa för sin överlevnad i en ojämn kamp med den medicinska professionen.

Sjuksköterskorna är den yrkesgrupp som har kunnat hålla den Hippokratiska läkekonstens fana högst¹, genom att betona lindring och vård i första hand. Denna målsättning har de gjort till sin domän och hävdar gentemot läkarna, som blivit alltmer invecklade i en tekniskt avancerad och högspecialiserad vård. Läkarna har dock fortsatt att hävda sitt ansvar för patienterna, trots att de inte tagit del i den egentliga vården. Sjuksköterskorna, som samordnat de olika vårdinsatserna på avdelningarna, har fått finna sig att bli klämda mellan läkarna och administratörerna. Trots att sjuksköterskorna alltid haft den direkta kontakten med vården och haft ett samordnande ansvar har de alltid varit underordnade både läkarna (som inte anser sig vara underordnade någon) och administratörerna. Administratörerna har å sin sida hävdar sitt ansvar för kontrollen av sjukvården, trots att de inte heller har kontakt med den aktiva vården. Liksom läkarna gör de då och då sina inhopp, genomför olika organisationsförändringar som nedskärningar, sammanslagningar och inför olika marknadsmodeller, köp-säljssystem, prestationsersättningar etc. i försök att få ordning på vården och ekonomin. Men trots alla reformförsök fortsätter de totala kostnaderna för sjukvården att stiga, administrationen växa, medan läkare och övrig sjukvårdspersonal jobbar på och ser tiden an i hopp om att även denna reformvåg skall ebba ut, så småningom.

Enstaka administrativa insatser, som olika samverkansprojekt, vårdkedjor etc., för att närma de olika världarna inom vården till varandra, blir oftast dagsländor som ger ytliga och övergående förändringar, menar Glouberman & Mintzberger. Sjukvårdens organisationsproblem kan endast lösas genom en attitydförändring bland dem som arbetar i och bland dem som styr vården. Werkö (2003a) menar, att det inte längre går för läkarna att fortsätta isolera sig, hävda att man endast är till för sina patienter och undandra sig ansvaret för sjukvårdens organisation och administration. Läkarna kan inte längre hävda att de skall vara herrar på täppan och tro att alla andra skall dansa efter deras pipa. I en engelsk och australiensisk studie tillfrågade Degeling et al. (2003) kliniskt verksamma läkare, administratörer, sjuksköterskor på olika sjukhus om deras inställning till administrationen

¹ Många menar emellertid att sjuksköterskorna, i sin kamp för status gentemot doktorerna, kommit att svika sina ideal, genom att i allt för hög grad betona bot i stället för vård – bot har trots allt större status än vård i vårt samhälle. Radcliff anser, att de har blivit politikernas kelgrisar, eftersom de utför sådana enklare medicinska sysslor som doktorerna tröttnat på, men till billigare pris (2000). Sjuksköterskorna har inte lyckats komma med något alternativ, eftersom de fortfarande rör sig i läkarnas domäner.

och verksamhetens organisation. Man fann att sjuksköterskor fäste mer tilltro till den s.k. managementfilosofin än t.o.m. administratörerna själva. Läkarna däremot ansåg inte att påståenden som att det måste finnas: ett samband mellan kliniska beslut och resurser; ett genomskinligt system för var och ens ansvar och skyldigheter; ett systemtänkande i vården; fler multidisciplinära team i vården, tillhörde deras intressesfär. Werkö konstaterar att läkarna har varit alltför medicinskt vetenskapligt orienterade, för att intressera sig för den koppling som måste finnas mellan den vård som kan ges och de resurser som finns att tillgå¹. Tidigare kunde tillgångarna också tyckas oändliga. Sjuksköterskorna däremot, med sin mer direkta patientkontakt och omvårdnadstradition, har alltid varit mer förankrade i den verklighet där den framtida vården kommer att avgöras.

Den giriga organisationen

Eva Olsson (2008) intervjuade personal på privata och offentliga sjukhus och vårdcentraler i sitt avhandlingsarbete. Hon rapporterar att många anställda i sjukvården tröttnat på att arbeta i landstingsorganisationen och istället valt att arbeta på privata vårdinrättningar. I den privata vården har de funnit ökad tillfredsställelse, även om arbetet där tidvis har varit lika tungt och stressigt som i den offentliga. Landstingsorganisationen beskrivs av de intervjuade som okänslig och ”girig” med sina ständiga omorganisationer, där etablerade arbetsgrupper brutits upp och arbetsformer omintetgjorts. Ekonomiska neddragningar har medfört att arbetsstyrkan har minskat och att färre personer förväntas göra mer arbete. Tiden för reflektion och kollegialitet har strypts eller rationaliserats bort, eftersom det inte anses vara ett effektivt sätt att utnyttja tiden – den offentliga förvaltningen tycks ha gått längre än den privata verksamheten i sin effektivitetsnitiskhet, även om man hade kunnat förvänta sig att det skulle vara tvärtom. Man upplevde inte att det ökade ansvaret i den offentliga vården hade följts med motsvarande befogenheter, som t.ex. när man talar om den ”självständiga” vårdcentralen.

En av kärnpunkterna i intervjuerna var, att man i den offentliga organisationen aldrig upplevde att man fick någon bekräftelse på det man hade gjort. Man fick aldrig reda på om ledningen ansåg att man hade gjort ett bra arbete även om man, alla omorganisationer till trots, försökt anstränga sig extra för att få

¹ Ekvationen mellan resurser och behov av sjukvård måste fås att gå ihop i framtiden, vilket inte kommer att bli lätt. Det visar en aktuell forskningsrapport, som redovisas i en debattartikel i DN. Klevemarkers & Lindgren påpekar att fyrtiotalisterna kommer att tredubbla våra sjukvårdskostnader fram till år 2040 (2008). Under samma tid förväntas antalet vård dagar på sjukhus öka med 70 procent och den totala kostnaden för sjukhusvård öka med 270 procent. Då kommer det inte att räcka med att hänvisa till att man bara tar det medicinska ansvaret för sina patienter, för att pengarna skall räcka till för allas vård.

verksamheten att gå ihop. Man upplevde att organisationen begärde mer och mer av sina anställda men gav allt mindre tillbaka, därav namnet den ”giriga” organisationen. Resultatet blir, menar Olsson, att den offentliga organisationen får betala i form av personalens sjunkande lojalitet, som istället riktas mot kollegorna eller mot patienterna.

Läkare mår dåligt

Mycket talar för att det förändrade arbetsklimatet borde leda till en ökad intern diskussion i läkarkåren om arbetsvillkoren, det medicinska uppdraget och arbetsformerna. Speciellt tycks detta angeläget bland allmänläkarna, vars uppdrag är blandat och svåravgränsat. Undersökningar visar dock att allmänläkare är den grupp inom läkarkåren som ägnar minst tid till fortbildning och kollegiala diskussioner (Ohlin 2007). Camilla Thunborg (1999) menar, i sin avhandling om läkares, sjuksköterskors och undersköterskors yrkesidentitet, att läkare har höga förväntningar på egna medicinska och tekniska kunskaper – d.v.s. att självbilden är medicinskt orienterad. Även om man berör den egna relationen till patienterna och organisationen i sina samtal, är det ändå det medicinska kunskaps- och arbetsområdet som anses vara det viktigaste.

Thunborg intervjuade anställda på vårdcentral, och på medicin- och anesthesiologikliniker. Speciellt distriktsläkarna upplevde att verksamhetens tidsstyrda karaktär påverkade deras möjligheter att leva upp till sin egen ideala bild av den professionella läkaren negativt. Medan läkarna på medicin- och anesthesiologiklinikerna ansåg sig ha ganska goda möjligheter att forma sin kompetensutveckling efter praktikens behov, så upplevde sig distriktsläkarna som styrda i tid och rum av det patientrelaterade arbetet på mottagningen. Man hade få möjligheter att styra sin verksamhet, t.ex. genom att fördjupa sig i en patients problem eller för diskussion med andra kollegor, även om man upplevde att det behövdes.

Många läkare mår inte bra och trivs inte i sin yrkesroll, vilket bekräftas i flera artiklar i medicinska tidskrifter (Murray et al. 2001, Chew 2001, Smith, R. 2001, Edwards, N. 2002, Bennet, G. 1998, McGlone & Chenoweth 2001, Zuger 2004). Orsaker som tidspress, ständiga avbrott för att besvara telefon eller personalförfrågningar, för mycket pappersarbete, rädsla för att bli anmäld, krav på prestation och ekonomisk redovisning och försämrade möjligheter att själv kontrollera sitt arbete, nämns i dessa sammanhang.

Smith (2001) tar upp diskrepansen mellan vad doktorn är utbildad för och verklighetens krav, och menar att den intellektuella modell som lärs ut i medicinen stämmer dåligt överens med vanliga människors hälsoproblem. Läkare borde i högre utsträckning ägna sig åt att lära människor att leva med sina krämpor och tillkortakommanden. Läkares och patienters kunskaper stämmer inte heller alltid överens. T.ex. är många läkare idag medvetna om

medicinens begränsningar och hur lite de i själva verket kan göra för sina patienter, medan patienterna ofta har överdrivna (ofta genom den medicinska professionens egen försorg) förväntningar på vad läkarna och sjukvården skall kunna göra för dem.

Edwards et al. (2002) menar att en av de främsta orsakerna till att läkare är mår dåligt, är deras inriktning på att hjälpa enskilda sjuka individer, vilket inte passar med kraven som ställs medarbetarna i en modern hälso- och sjukvård. Därför behöver läkarnas kontrakt med uppdragsgivarna omformuleras. Inför varje anställning måste avtalas: att de gemensamma behandlingsrutinerna skall följas; att den övergripande målsättningen för verksamheten skall uppfyllas; att ständigt kvalitetsarbete skall bedrivas; att man aktivt skall stödja och bidra till organisationens mål; att man är införstådd med att man arbetar inom begränsade ekonomiska ramar; och att teamwork och samarbete med andra är vedertagna arbetsätt. Läkarna måste vara införstådda med att de är en del av en sjukvårdsorganisation, där alla hälsoarbetare är lika värdefulla för att vården skall fungera och för att de själva skall må bra.

Läkares copingstrategier

Enligt Bennet (1998) bottnar den känsla av cynism och apati som finns hos många läkare i förlusten av omnipotens och osårbarhet. Läkare är som människor är mest, ofullkomliga och sårbara och måste acceptera att de inte kan åstadkomma allt, vara överallt och vara till för alla. Zuger (2004) pekar på konflikten mellan allt det som en doktor skulle vilja åstadkomma i ett oändligt hav av kunskap och möjligheter, å ena sidan, och läkarnas minskade auktoritet och påtvingade lojalitet mot olika motstridiga yttre krav, å den andra. Läkarvetenskapen kritiserar samtidigt, fast från olika håll, för att vara både för lite vetenskaplig och för lite humanistisk, och hur skall man då förhålla sig som doktor?

Orman (1989) menar, att läkare inte längre enbart kan skylla sin nöd på yttre omständigheter, som jobbiga patienter eller oförstående politiker, utan måste börja granska sig själva. Mycket av förklaringen till den stress läkare upplever i arbetet ligger i läkarens egen personlighet, ofta i omedvetna interna kognitiva och beteendemässiga processer. Enligt Orman, är stressen ofta självinducerad och beroende av hur läkare förhåller sig till sin omvärld. Typiska drag hos många läkare är perfektionism, tankemässig rigiditet, tvångsmässighet, skepticism, förnekelse av personliga problem och svaghet, självuppoffring och ett starkt behov av att dominera och kontrollera sin omgivning. Sådana attityder passar dåligt i dagens sjukvård. Den omnipotenta, allvetande och paternalistiska vaktmästarrollen värderas inte längre av patienterna, utan istället krävs att läkare är flexibla och mottagliga för patienternas föränderliga behov och önskemål. I frustrationen över att inte kunna tillfredsställa patienternas behov och i känslan

av att inte duga tillräckligt bra, blir många läkare överinvolverade i sitt arbete. Det är även typiskt för många läkare att förbli läkarrollen trogen, även när de är med sina familjer eller är bland vänner – de förblir tvångsmässiga, kontrollerade och perfektionistiska (s.k. "physicianhood"). På samma sätt, som när de är med sina patienter, förnekar de egen okunskap och svaghet. Många undviker att söka hjälp för egna psykiska eller relationsproblem.

Flera undersökningar har visat att läkare som utsätts för stress har en tendens att undvika introspektion, utan hellre skyller på yttre faktorer – s.k. extern locus of control. Andra vanliga copingstrategier¹, som nämns i sammanhanget, är att fly från uppgifter som man tidigare tyckte var tillfredställande (Dunstone & Reames 2001), förflytta sin lojalitet från organisationen till arbetskollektivet eller patienterna (Olsson 2008), klaga på sjukvårdssystemet, ignorera organisationens regler, sluta bry sig och fortsätta att jobba på (de Fine Licht 2007), eller att idealisera allmänläkaren som en specialist med speciella färdigheter och kunskaper för att ta hand om *hela* familjen (Gask 2004).

I en svensk undersökning av sjukskrivna distriktsläkare i Norrland, bekräftar Ylva Fältholm (2002) beskrivningen av att många läkare använder destruktiva copingstrategier, när de vantrivs i sitt arbete. En av de orsaker man angav till varför man sjukskrivit sig var, att arbetet upplevdes som "ett löpande band" där man själv inte kunde kontrollera inflödet av patienter på mottagningen. Det tidsstyrda arbetet gav få möjligheter till egen utveckling och inskränkte möjligheterna att leva upp till sin egen ideala bild av den professionella läkaren (Thunborg 1999). Man kände sig ensam i sin yrkesroll och hade svårt att hantera den ökade strömmen av gamla och multisyka patienter, patienter som ställde krav och kom med beställningar på diagnoser, behandlingar och resultat, och patienter som krävde en second opinion och anmälde läkare i högre grad. Många hade väntat ända in i det sista med att sjukskriva sig. Orsaken till att man avvaktade var de höga kraven från både patienter och kollegor på att man skulle

¹ Jag kommer i ett följande kapitel använda mig av begreppet kognitiv dissonans, så som det definieras av Leon Festinger (1957). Kognitiv dissonans innebär en "motstridig relation mellan kognitiva element" och kan sägas uppstå då olika tankar står i konflikt mot varandra, exempelvis då vi agerar på ett sätt som inte stämmer överens med våra värderingar, eller då vi tvingas välja mellan två lika goda eller dåliga alternativ. Eftersom ett tillstånd av kognitiv dissonans upplevs som obehagligt kan vi försöka lösa detta genom att ändra en av de motstridiga kognitionerna. Ett exempel är sagan om räven, som omdefinierade bären till att vara sura eftersom de var onåbara. Man strävar alltså efter kognitiv balans och försöker undvika kognitiv dissonans. På ett liknande sätt kan man försöka ändra på känslor för att undvika s.k. emotionell dissonans. Enligt Hochschild (1983) används begreppet emotionell dissonans för att förstå skillnaden mellan vad en person förväntas (och förväntar sig) känna i ett visst sammanhang och vad han eller hon egentligen känner på djupet. Emotionell konsonans uppstår när de egna känslorna kan fås att överensstämma med vad som förväntas av en, t.ex. i arbetet.

vara närvarande på arbetet. Man hade skolats in i en kultur som innebar att man inte fick svika och lägga över jobb på sina kollegor, även om det innebar att man själv fick arbeta övertid. Vidare innebar läkarkulturen för många, att man betraktade sig själva och sina kollegor som människor som borde ha kraften att stå över de behov som vanliga människor har. Genom att själv bli sjuk och visa att man inte klarade av sin egen hälsa, kunde man förlora sin legitimitet gentemot patienterna.

Många av de läkare som hade lyckats återgå i arbete, efter en längre tids sjukskrivning, avskärmade sig senare gentemot organisationen och avstod från att delta i debatter och förändringsarbete, som de hade gjort tidigare. Istället koncentrerar man sig på kärnverksamheter, som t.ex. renodlat patientarbete (jmf. med copingstrategierna ovan, t.ex. Gask 2004). Flera andra undersökningar visar att läkare är dåliga på att ta hand om sin egen hälsa och söka hjälp när de behöver. I en engelsk undersökning visade Baldwin (1997) och medarbetare, att unga läkare att hade en dålig hanteringsstrategi när de själv var sjuka; de fortsatte att gå till arbetet trots att de var sjuka, förskrev mediciner till sig själva och konsulterade vänner och kollegor istället för att söka formell hjälp.

Margaretha Damm (2007) fann vid en uppföljning av ett arbetsmiljöarbete inom läkargruppen på Kungälv's sjukhus, att läkarna ansåg att den metodik som användes för att hantera stress var "flummig". Tolkningen var att läkarnas utgångspunkt var naturvetenskaplig och kolliderade med arbetsmiljöarbetets samhällsvetenskapliga inriktning. Äldre och yngre läkare tycktes även ha olika synsätt på sina skyldigheter, att ta ansvar för sin arbetsmiljö. Läkarna såg till arbetsmiljön inom sin egen grupp och ville inte samverka med andra yrkesgrupper. Erfarenheter talar för att läkare tidigare inte varit villiga att diskutera sin arbetsmiljö. Under senare år har dock attityden blivit öppnare, troligen därför att det allmänna intresset för stress, utbrändhet och sjukskrivning i ökat i medierna, vilket även har påverkat läkarna (Firth-Cozens 2003).

Sammanfattning

I det här avsnittet har jag formulerat några av de utmaningar som läkarkåren, och då speciellt allmänläkarna, står inför och som kan bidra till att många läkare känner sig obekväma i yrkesrollen och inte trivs i sitt arbete. Jag skall här göra ett försök till sammanfattning och ta upp några av de viktigaste punkterna.

1. Läkarvetenskapen och läkarna kritiseras från många håll och man ifrågasätter om befolkningens förbättrade hälsoläge är medicinens förtjänst eller beror på andra faktorer, så som förbättrad hygien, kost, motion o.s.v. Andra yrkesgrupper, så som specialutbildade sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, sjukgymnaster, vill också in i den "inre kretsen" och ta över många av de traditionella läkaruppgifterna. De

kan med visst fog hävda att de kan utföra delar av jobbet med lika bra, eller t.o.m. bättre, resultat. Alternativmedicinare anser att människors oro inte tas omhand och att behovet av en lyssnande samtalspartner inte alltid tillgodoses i den traditionella vården.

2. Behandlingseffekterna av många mediciner är små, även om de uppmätta skillnaderna mellan de behandlade grupperna och kontrollgrupperna är statistiskt signifikanta. Ofta är detta tillräckligt för att en medicin skall användas. Många patienter kan behöva behandlas till priset av höga kostnader, biverkningar och medikalisering, för att endast ett fåtal skall ha nytta av en dyr medicinering. Läkare är heller inte alltid förtrogna med de sociala konsekvenser som medicinering och sjukdomsstämplingen kan leda till.
3. Trots att det utbildas allt fler läkare till en ständigt växande läkarkår och att de medicinska behandlingsmetoderna förbättras, upplever sig människor sjukare och fler söker i sjukvården. Patienter söker inte bara för akuta skador och infektionssjukdomar utan för alla möjliga tillstånd, som relationsproblem i familjen och på arbetsplatsen, arbetslöshet, stress eller bara för att man mår dåligt. Människors missnöje med livet har blivit sjukvårdens problem. Läkarna är dåligt förberedda på att hantera sammansatta problem med multifaktoriell genes, eftersom läkarutbildningen nästan uteslutande är inriktad på att lära ut den biomedicinska kunskapen om de objektivt verifierbara sjukdomarna.
4. En allt större del av dagens patienter utgörs av människor som inte är sjuka i traditionell bemärkelse, men som behöver behandlas eller följas upp för att de har olika riskfaktorer för att utveckla sjukdom. Ett nytt system, s.k. pay-for-performance, för att premiera upptäckten av sjukdomar och olika riskfaktorer väntar på att introduceras, efter engelskt mönster. Läkarna får mer betalt ju mer sjukdom och riskfaktorer de kan upptäcka och ju fler patienter de hinner träffa under en mottagningsdag. Upptäckten av sjukdomar premieras och fler människor sjukförklaras och upplever sig som sjuka, i en allt friskare befolkning.
5. Patienter är idag mer välinformerade via massmedia och Internet, och kan ifrågasätta läkarens diagnos och behandling. Ofta har de mellan konsultationerna hunnit specialstudera sin sjukdom på förhand och kan mer om den än sin doktor. Speciellt gäller detta allmänläkarna, med sitt bredare kunskapsområde. Patienterna har utvecklats till medvetna konsumenter och är organiserade i olika patientföreningar med förankringar i politiken. Sjukvårdsorganisationen utvecklas också för att patienter skall kunna söka fritt till den doktor de tycker kan ge dem den önskade utredningen och behandlingen. Resultatet kan bli att läkare

känner sig tvingade att efterleva patienternas förväntningar och att tillfredställa deras önskemål om utredning och behandling¹.

6. Läkarna kan inte längre förvänta sig lydiga patienter, som passivt nöjer sig med den information som ges och fogar sig i vad de blivit ordinerade. Läkaren skall i ett välfungerande s.k. partnerskap först kunna lyssna på patienten och sätta sig in i patientens levnadsvillkor, tankar om sjukdomen och förväntningar på vården, och därefter saktligt kunna informera om sjukdomen, om olika utredningsgångar och för och nackdelarna med de olika behandlingsalternativen. Det ställer nya krav på att läkaren kan visa ödmjukhet och förmåga att lyssna, i kombination med gedigna medicinska kunskaper och sunt förnuft.
7. Från politikerna kommer ständigt nya krav på prestation och ekonomisk effektivitet. Administratörer inför nya styr- och kontrollmodeller, med inspiration från det privata näringslivet, som NPM och beställare/utförarmodellen, i hopp om att minska sjukvårdens kostnader. Resultatet blir för det mesta att kostnaderna stiger, administrationen växer och att anställda inom sjukvården utsätts för återkommande omorganisationer, budgetsaneringar och får arbeta med kroniska sparbetning, personalinskränkningar och sönderfall av etablerade arbetsformer som följd.

Av detta avsnitt framgår att läkarna står inför mycket stora och avgörande utmaningar, som måste hanteras på ett eller annat sätt i framtiden. Många läkare reagerar med otrivsel, stress och uppgivenhet. Några av de förhållningssätt som anses vara typiska för läkare har tagits upp. Flera av de refererade författarna har kommit med förslag på alternativa handlingsvägar och strategier, varav några har nämnts i kapitlet. I nästa kapitel skall jag försöka redogöra för särskilt några av förslagen, som jag tror kan vara av alldeles särskild stor relevans för allmänmedicinen.

¹ I Halland ökade förskrivningen av antibiotika drastiskt efter det att fritt vårdval infördes i primärvården (Ohlin 2008).

Nya strategier

I förra avsnittet redogjorde jag för några av de utmaningar som läkare, och speciellt allmänläkare, står inför i dagens samhälle. Det är särskilt tre utmaningar som framstår med särskild tydlighet: För det första, bidrar den ökade fragmenteringen och bristen på samsyn på hur vården skall organiseras till att den blir ineffektiv. Politikernas och sjukvårdsadministratörernas försök att rationalisera och effektivisera vården har resulterat i att personal drabbats hårt av nedskärningar och omorganisationer. Många känner sig uppgivna, har tappat intresset för att försöka påverka vården och har förlorat respekten för sina arbetsgivare. För det andra, patienter som söker i sjukvården för psykosociala-, livsstils- och relationsproblem utgör en allt större grupp i dagens primärvård, kanske t.o.m. en majoritet. Läkarna, med sin biomedicinskt inriktade utbildning, är dåligt förberedda för att ta hand om dessa patienter. För det tredje, olika professioner i vården konkurrerar med varandra, om makt, status och prestige, i stället för att se sig som en del av en organisation, vars uppdrag är att gemensamt utforma en bra vård för patienterna. Konstruerade gränser mellan primärvården och sjukhusen, mellan olika myndigheter och mellan landsting och kommun bidrar dessutom till en sämre vård för patienterna.

I det följande avsnittet skall jag ägna mig närmare åt några synpunkter som föreslagits för läkarnas vidkommande, och som skulle kunna bidra till en förändring av situationen.

Läkaren i organisationen

För Gregory Bateson (1972), antropolog och tvärvetenskapare, var ett av människans största problem att hon inte kunde se sig som en del av naturen och det naturliga kretsloppet. En ekologisk världssyn innebar för honom, att förhålla sig till livet som om man vore en del av en större organism, och inte som en separat del skild från naturen. En sådan världsbild kan även beskrivas som holistisk¹. Dagens människa förhåller sig till naturen ungefär som

¹ Holism är, enligt Wikipedia, "ett filosofiskt betraktelsesätt att helheten är större än summan av delarna och att inget kan beskrivas enskilt, fjärrmat från sin kontext. Förlopp och grupper kan därför inte beskrivas utifrån enskilda individer. Motsatsen till holism är reduktionism, atomism och vetenskapsteoretisk individualism."

alkoholisten¹ till livet, menar Bateson; hon tror sig ha full kontroll över sina handlingar, har svårt att inordna sig i ett större sammanhang, skyller sin olycka på yttre omständigheter och ser jorden tillgångar som oändliga och utnyttjbara för sina egna intressen och på sätt missbrukar hon jorden.

Horst Richter (1984) ansåg att människan historiskt gått från att vara passivt beroende av och underkastade gudarna, till att själva ha identifierat sig med Gud och Guds allmakt. Genom naturvetenskapens upptäckter och teknikens triumf över naturen, har människan invaggats i föreställningen att hon har fullständig kontroll över livet och besvara alla dess gåtor, om bara vetenskapsmännen får tillräckligt med tid och resurser. Vår tids hjältar är vetenskapsmännen och forskarna, som har gjort det möjligt för oss att överskrida människans tidigare begränsningar. Genom läkarnas försorg² har människan i det närmaste gjorts odödlig. Heroiseringen av de individuella insatserna genomsyrar vårt samhälle; i skolan, inom idrotten, i forskarvärlden och på arbetsplatserna premieras den som arbetar fortast och presterar mest. Lagspelaren, den som kan få grupper att fungera, processer att flyta och får människor att trivas och må bra, får däremot ingen upphöjelse. Det finns inga bedömningssystem för sådana insatser, inga skolbetyg, doktorstitlar eller Nobelpris. Det är kampen som räknas, kampen mot konkurrenterna eller kampen mot den bångstyriga naturen, som måste tämjäs för människans egna syften.

Förväntningarna på läkarnas förmåga att kunna lösa, men helst bota, komplicerade livsproblem är stora. Men även i den medicinska världen är förebilderna oftast enskilda heroiserade doktorers insatser; t.ex. medicinärens träffsäkra diagnoser, kirurgers och ortopeders insatser i operationssalarna. Vissa kan förledas till att tro att de är unika och utvalda, eftersom de har kommit in på läkarutbildningen. I den upphöjda positionen som läkare, kan det vara svårt att acceptera att styras och kommenderas av ”okunniga” politiker och administratörer (de Fine Licht 2007), eller att acceptera löner som inte är mycket högre än alla andras i sjukvården. Men läkarna är trots allt en del av ett större

¹ Bateson utvecklade en teori om varför Anonyma Alkoholister lyckats så väl med att hjälpa alkoholister att sluta med sitt missbruk. Alkoholists problem är att han tror sig ha full kontroll över sin alkoholkonsumtion. Tillfrisknandet inträffar när han insett att han är sjuk och beroende, och inte kan klara sig utan hjälp från andra. Först då ser sig alkoholisten inte längre som en isolerad individ, som kämpar mot allas oförståelse, utan blir en del av en större helhet – denna helhet kallar AA för ”Gud”, men det behöver inte vara den kristna guden, utan kan lika gärna vara kretsloppet eller naturen.

² Richter skriver vidare: ”Läkarna befinner sig i den fatala situationen att de har fått sig tilldelade huvuddelen av de magiska allmaktsförväntningar som finns kvar i vår kultur. Dagligen belastas de med en överskattning av sina möjligheter, vilket visar på det förtvivlade försvaret mot den utbredda vanmakts- och dödsångesten. Läkarna är s.a.s. yrkesmässigt förpliktade att döda drakar – och paradoxalt nog är det bästa sättet för dem att klara av sin roll att göra ett skådespel av detta påtvingade, ouppnåeliga ideal: dessutom måste de förtränga vetenskapen om att det är ett skådespel”.

sammanhang; läkarutbildningen är möjlig p.g.a. ett generöst utbildningssystem och den enskilde läkarens insatser hade inte varit möjliga utan lokaler, tekniker, narkospersonal, sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kökspersonal och städerskor.

Werkö (2003) menar att läkarna måste förändra sin traditionellt nedvärderande attityd till andra i sjukvårdssystemet. Läkarna, som alltid ansett sig vara den viktigaste ingrediensen i en fungerande sjukvård, har också haft en tendens att underskatta alla andra. De har sedan länge vant sig vid att vara autonoma, men kan inte fortsätta vägra att lyssna på andras åsikter om hur sjukvården skall bedrivas, hävdar han vidare. Dagens sjukvård kan inte vila på endast en profession: ”Det är inte längre den hjälteförklarade kirurgen – eller onkologen, medicinaren, obstetrikern – som utgör den rollfigur som unga läkare skall se upp till och försöka efterlikna. Det är i stället laget, och lagledare, som står för framtidens rationella sjukvård. Och lagledaren har speciella egenskaper och färdigheter som inte behöver vara kopplade till läkarutbildning men som kan kombineras med en sådan” och han skriver vidare: ”Om inte läkare kan tänka om och acceptera sitt beroende av intimt samarbete med många andra professioner är framtiden inte särskilt ljus för dem som nu börjar sina medicinska studier”.

Läkarna måste således lära sig att arbeta i en vårdorganisation eller i en kontraktstyrd vård. Kontraktstyrd vård (från engelskans ”managed care”) innebär, enligt Lurie (1996), att skyldigheten att tillgodose en befolknings vårdbehov också måste kopplas till finansieringen av vården, och att det finns ett ekonomiskt risktagande. Det finns ingen oändlig pengakälla att ösa ur, utan resurserna är begränsade och måste fördelas på något sätt. Pengarna skall inte bara räcka till att bekosta vården för enskilda sjuka patienter, utan även till den förebyggande vården för vissa riskgrupper och till hälsokontroller, hälsoutbildning, förebyggande vård o.s.v. Läkarna kan inte avskärma sig ansvaret för helheten, genom att hänvisa till sitt ansvar för individen. Blivande läkare måste lära sig att sjukvården har ett ansvar för hela populationen – inte bara dem som redan är sjuka, utan även för den friska befolkningen. Det medför att helt nya kunskapsdomäner måste täckas i medicinarutbildningen: epidemiologi, beteendevetenskap, organisationsteori, IT-kunskap, kvalitetsmätning och kvalitetsförbättring, hälsoekonomi, etik, och systembaserad vårdkunskap, menar Lurie. Eftersom de flesta lärarna och handledarna under medicinarutbildningen är lite intresserade och dåligt insatta i dessa ämnen, är det en grannliga uppgift att utbilda studenterna i att arbeta i en organisation – enstaka kurser eller föreläsningar, ledda av utomstående lärare, är otillräckligt eftersom det i slutändan ändå är de äldre och mer erfarna kollegorna som tjänar som de egentliga förebilderna för studenterna (Irvine 1997, Egidius 2006). Alltså, för att det skall bli en förändring måste en attitydförändring till hos alla som arbetar i vården (Glouberman & Mintzberger 2001).

Om föreningen mellan kunskap och klokskap

I "The Cunning Man" låter Roberson Davies (1994) en äldre läkare förklara för en yngre kollega innebörden i myten om Hermes stav, läkekonstens symbol¹. Myten utspelar sig på den tid då gudarna ännu gick på jorden. En dag får guden Hermes se två ihopsnärjda ormar som strider mot varandra. För att tämja ormarna kastar han sin stav, Caduceus, mitt ibland dem och de börjar genast väsande slingra sig upp för staven i harmoni med varandra. Det är så de är avbildas i symbolen på denna avhandlings omslag. Den ena ormen representerar kunskapen, den aldrig sinande källan av ny kunskap som genereras på våra universitet och forskningsinstitutioner, där nya vetenskapliga upptäckter och sanningar ständigt avlöser varandra. Den andra ormen representerar visdomen, d.v.s. det sätt som kunskapen skall tillämpas på den enskilda människan man har framför sig. Kunskapen är det som lärs ut under utbildningen, medan visdomen är det som man själv tillför i form av livserfarenhet och klokskap². Kathryn Montgomery (2006) använder istället Aristoteles begrepp *phronesis* för att beteckna den särskilda intelligens som krävs för att tolka patientens symtom³.

Allmänläkarens huvuduppgift för Davies är att kombinera olika sorters kunskap med erfarenhet och sunt förnuft. I en artikel i British Medical Journal ser Olesen et al. (2000) en liknande uppgift för allmänläkarna, i ett förslag på en ny definition av allmänmedicin. I den gamla Leeuwenhorstdefinitionen från 1974, är kontinuiteten mellan läkare och patient ett centralt begrepp. Olesen et al. menar att man måste kunna vara en bra allmänläkare, även om man inte kan garantera sina patienter kontinuitet över en längre tid. Den nya sortens allmänläkare måste dock ha en mycket vidare kompetens än vad som är fallet idag. Eftersom det är svårt att avgränsa allmänläkaruppdraget (gränserna mot andra specialiteter och andra professioner är diffusa och svårbestämbara) är det istället viktigt att definiera vad som är det centrala i yrket, menar de, och föreslår att den viktigaste uppgiften är att kunna tillämpa den biomedicinska kunskapen på individen som söker i vården för sina symtom. Eftersom varje söktillfälle endast utgör ett litet utsnitt av det liv som den sökande till större delen lever i samhället utanför vårdens väggar, och varje patient har sin speciella kulturella och familjära bakgrund som påverkar hur han/hon ser på sjukdom, kommer samma

¹ Oftast används läkekonstens gud Asclepius vandringsstav som symbol för läkekonsten. Den har endast en orm som slingrar sig runt staven (se t.ex. BMAs emblem!). På senare tid har man börjat använda sig av Hermes stav som symbol för läkekonsten. Kanske uttrycker det en önskan om att frångå det ensidigt biomedicinska perspektivet och att tillföra den moderna läkekonsten en annan dimension (källa NE).

² Freidson (1988) menar att det är få förunnat att besitta verklig visdom. Och vad är visdom? Visdom följer naturligtvis inte på en titel eller att man tilldelas en roll. Visdom kan i det här fallet ses som en intentionell bild av hur en allmänläkare bör vara.

³ Men enligt Montgomery (2006) handlar det inte om visdom, utan snarare om klinisk slutledningsförmåga och intuition som bygger på erfarenhet.

biomedicinska sjukdomstillstånd att te sig olika för olika patienter. Följsamhet till utredning och behandling och behandlingens eventuella effekter kommer också att bli helt olika från fall till fall, och behöver inte alls överensstämma med de resultat som framkommit i olika vetenskapliga studier. De flesta allmänläkare känner till detta och vet att patientens personlighet och relationer spelar en avgörande roll vid ohälsa och sjukdom. I en allmänläkares kompetens bör därför ingå kunskaper i medicinsk sociologi, psykologi, antropologi och etik, föreslår Olesen et al. Kunskapen om hur sjukdomar uppstår och vidmakthålls i individens interaktion med samhället, familjen, arbetet och vännerna är lika viktigt för sjukdomens förlopp som biomedicinska fakta. Även den allmänmedicinska forskningen borde mer ägnas åt att studera sådana sammanhang och hur de påverkar patienter och deras sjukdomar i den egna praktiken. Den biofysiologiska forskningstraditionen, som dominerar idag, behöver förnyas och integreras med den humanistiska. De vetenskapliga förklaringarna behöver förenas med patienternas egna synsätt och tolkningar av sjukdomen.

I en senare artikel ger Olesen (2003) ett exempel på en praktisk tillämpning av ett nytt synsätt på allmänmedicinen. Den allmänmedicinska diagnosen, menar han, har fyra dimensioner. Den första, den biomedicinska dimensionen, har låg incidens, lågt prediktivt värde och som handlar om att hantera sannolikheter. Den andra, den kontextuella dimensionen, handlar om i vilket allmänt och kulturellt sammanhang sjukdomen förekommer. Den tredje, de personliga egenskaperna, handlar om copingstrategier, somatisering och personliga relationer. Den fjärde dimensionen, slutligen, handlar om de sociala relationerna och nätverket runtomkring patienten. För den första dimensionen kan man behöva konsultera angränsande medicinska experter, för den andra t.o.m. den fjärde behövs kunskaper i medicinsk antropologi, sociologi och psykologi.

Varför behöver man ha med så många aspekter på ett så banalt fall som en mor som söker på mottagningen för sitt förkylda barn, frågar sig Olesen? Jo, för att det kan finnas fler än en anledning (andra än den uppenbara som var att få vård för sitt barn) till att hon söker: Det kan ha med hennes föreställningar om vad sjukdom är och hur man ser på sjukdom just i hennes familj. Det kan handla om biopsykosocial oförmåga, som gör att man just i den här familjen söker särskilt ofta (Bergh 2005), att man inte vågar lita på sin egen bedömningsförmåga, att man inte får vara "sjuk" utan doktors godkännande, eller att ett sjukrollsmönster kan ha etablerats för all framtid beroende på bemötandet vid tidigare söktillfällen.

För att täcka de olika dimensionerna kan läkaren, enligt Olesen, använda sig av olika verktyg, så som laborietest, röntgen, konsultationstekniker, mottagningens utformning, hämta kunskaper på Internet och från andra specialister eller samarbeta med humanistiska forskare. Kontinuitet är också ett värdefullt verktyg. Kontinuitet kan både betyda att lära känna en patient och dennes familj under en längre tid, och att kunna följa en sjukdoms naturalförlopp

över tid. Efter att ha summerat allmänmedicinens fyra dimensioner kan läkaren skapa sig en helhetsbild av patientens hela sammanhang, och sedan besluta sig för en multidimensionell intervention. För att inte läkarbesöket skall stanna vid en enstaka medicinsk intervention och för att patienten skall kunna få en adekvat behandling, behöver läkaren vidare samarbeta med annan, såväl medicinsk som icke-medicinsk, personal och vara förtrogen med hur sjukvården, kommunen och andra involverade myndigheter är organiserade.

Olesen visar på en möjlig väg, en tänkbar strategi, för framtidens allmänmedicin. Som vanligt i sådana här sammanhang är utgångspunkten den behandlande läkarens. Man ser läkaren som den naturvetenskapligt neutrale experten, som med sina olika instrument skapar sig en saklig helhetsbild av patienten. Genom olika konsultationstekniker vinner man sedan patienten för sin sak och får denne att medverka i behandlingen. Man glömmer lätt att läkaren är en vanlig människa som lever i ett speciellt kulturellt sammanhang, har en könstillhörighet, en religion och en klasstillhörighet som kan vara skild från patientens. En läkare har också ett privatliv; kanske vantrivs på arbetet, har sömnproblem, känner sig deprimerad eller har ett pågående missbruk av något slag. Sådana faktorer påverkar hur läkaren ser på patienten, vilken utredning som föredras, vilken behandling som kommer att initieras och vad som sägs till patienten¹.

En annan aspekt som försummas när man ensidigt beskriver vården ur läkarens perspektiv, är att läkaren inte är ensam aktör utan del av ett vårdteam, bestående av sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och kanske också kuratorer och psykologer. Det är alltså inte givet att den fyrdimensionella kartläggningen, som beskrevs ovan, behöver initieras av en läkare, utan kan lika gärna göras av någon annan i vårdteamet. Det är helt avhängigt av hur vården är organiserad.

Samarbete och teamarbete

Robert Svartholm (2008) berättar i en artikel om en gammal änkeman som sitter ensam hemma och sörjer sin bortgångna hustru. I primärvården behandlas hans höga blodtryck och depression med mediciner som gör att han blivit yr. Han får ont i bröstet och hamnar på sjukhus, där han får diagnosen "kärlkramp" och behandlas med kärlkramps-, blodtrycks- och värkmediciner. Yrseln och ostadigheten tilltar, mannen ramlar och bryter höftleden och hamnar slutligen på sjukhem. Vilken var den egentliga diagnosen? Var det en rent medicinsk diagnos eller var det bristen på samarbete, mellan distriktssköterskan, hemtjänsten,

¹ Ur ett medicinsociologiskt perspektiv finns det ingen neutral utgångspunkt, utan verkligheten skapas alltid i samspelet mellan människorna. Se för övrigt Freidson 1988, s. 267.

distriktsläkaren och läkarna på sjukhuset, som var den egentliga diagnosen och som ledde till den tragiska utgången? Om alla berörda parter hade träffats och kommit överens om vad som var patientens huvudproblem (i samråd med patienten) och på vilken nivå man skulle lägga behandlingsambitionerna, hade patienten fått ett annat bemötande och man hade kunnat samordna behandlings- och vårdinsatserna utifrån patientens egentliga behov. I stället agerade alla aktörerna utifrån vad de hade blivit lärda i sitt yrke och i enlighet med sin professions behandlingstraditioner. Alla var duktiga på sitt sätt och ville göra sitt bästa för patienten, men det betydelselöst i det här fallet; patienten var inte betjänt av vare sig hypertoni- depressions- eller kärlekskrampsbehandling. ”Stuprörs-tänkandet” gör att man inte tänker i nya banor utan tillämpar samma behandlingsstrategier på alla patienter med likartade symtom, oberoende av sammanhang och andra vårdgivare. Man gör det på grund av bekvämlighet, stress eller brist på fantasi. I efterhand kan man alltid försvara sig med att man gjorde så gott man kunde och i enlighet med behandlingstraditionen.

Frågan är varför läkarna, som alltid har varit och fortfarande är sjukvårdens mest inflytelserika yrkesgrupp och som säger sig sätta sina patienters intressen i första rummet, varit så obenägna att samordna vården i alla dess led för att optimera behandlingen för sina patienter? Uppdraget ter sig inte omöjligt, jämfört med alla de avancerade insatser som kan åstadkommas i sjukvården för övrigt.

Arbetsgrupp, team och samarbete

Som en reaktion på den försämring som den differentierade vården tycks ha medfört för patienterna, har man på senare tid börjat tala alltmer om samverkan inom sjukvården. Man har velat riva de konstruerade gränserna mellan landstings- och kommunal vård, mellan sjukhus och primärvård, och mellan olika yrkesgrupper inom sjukvården. Ökat tal om samverkan och teamarbete har även blivit ett sätt att försöka bryta med den traditionella hierarkiska ordningen och den av industrin inspirerade arbetsdelningen och fragmentiseringen av arbetsuppgifterna på sjukhusen och i viss mån även på vårdcentralerna (Carlström & Berlin 2004).

Samarbete kan ske i olika former. Samverkan mellan olika organisationer och yrkesgrupper är exempel på ett lösare och mindre formaliserat samarbete. Partnerskap mellan olika yrkesgrupper innebär att yrkesutövarna är mer jämställda, men samarbetet behöver inte nödvändigtvis vara särskilt organiserat. Teamarbete, slutligen, är både en mer organiserad och jämställd form av samarbete¹.

¹ I den internationella litteraturen skiljer man på cooperation, collaboration och teamwork.

Vad är skillnaden mellan en arbetsgrupp och ett team? Frågan är inte helt lätt att besvara, eftersom det finns en sammanblandning och oklarhet i begreppen. Ett operationslag t.ex. är en form av team; det finns en klar arbetsfördelning, gränsen mellan bot och vård är tydlig, ordningen är hierarkisk med läkaren som dominerar och styr arbetet. Arbetsgrupper som består av representanter från olika yrkesgrupper som tillfälligt eller varaktigt råkar arbeta tillsammans på en och samma arbetsplats kallas också ibland team. En vanlig svensk vårdcentral består av många olika yrkeskategorier, som kan sägas utgöra ett vårdteam på samma sätt som personalen på en vårdavdelning. Arbetets viktigaste ingrediens är dock mötet mellan doktorn och patienten, och ev. undersköterskans, sköterskans, sekreterares och receptionisters huvudsakliga uppgift blir se till att detta möte blir smidigt och att bistå doktorn. Ordningen på de flesta vårdavdelningar och vårdcentraler är vanligen hierarkisk och det förekommer sällan någon dialog mellan jämställda parter om hur arbetet skall fördelas¹. Vårdcentralernas organisation är inte typisk för vad man menar med teamarbete. Distriktsläkare sitter också ofta själva med många uppgifter som skulle kunna skötas av annan personal. Ibland kan en doktor behöva boka, ropa upp, ta betalt, ta anamnes, undersöka, gå igenom patientens medicinlista och jämföra med andra doktorers ordinationer, konsultera organspecialister, förskriva mediciner, skriva remisser, o.s.v. vid en och samma konsultation. Allmänläkaren, med sin 5-åriga högskoleutbildning och ytterligare fem års specialistutbildning, behandlar patienter med alltifrån banala förkylningar, lättare skärsår till komplicerade invärtesmedicinska sjukdomar som hjärtsvikt och diabetes. Man kan fråga sig om det är effektivt att använda allmänläkarens avancerade kompetens till enklare sjukvårdsuppgifter, som skulle kunna hanteras av andra yrkesgrupper? I ett team hade man kanske kunnat organisera arbetet på ett annat sätt.

Definitioner av teamarbete

Många av de grupper som kallar sig team idag är till sin struktur hierarkiskt ordnade, men en av de viktigaste förutsättningarna för att en grupps arbetssätt skall kallas teamarbete är att det är demokratiskt organiserat (Fagin & Garelick 2004). Enligt Grumbach och Bodenheimer (2004) skall begreppet team inte användas på en grupp individer, som inte har någon speciell träning på att arbeta tillsammans eller en organiserad målsättning. De ger i sin artikel flera exempel på vårdcentraler i USA, som är organiserade utifrån en teammodell. På en sådan vårdcentral kallar sig läkarna, sjuksköterskorna² och läkarassistenterna för

¹ Arbetsplatsträffar har vanligen karaktär av envägskommunikation från chefen till sina medarbetare, och mer sällan av demokratisk dialog mellan jämställda parter.

² I England och USA skiljer man på registered nurses och nurse practitioners. De senare har kvalificerad vidareutbildning för att kunna utföra många av läkarens traditionella uppgifter.

kliniker och alla tar emot patienter primärt, gör preliminära bedömningar och behandlar utifrån sina yrkesmässiga förutsättningar. Arbetsuppgifterna på vårdcentralen är för övrigt fördelade enligt ett noggrant genomarbetat schema och efter överenskommelser mellan personalen. Alla medarbetarna är delaktiga i vårdcentralsteamet och bestämmer gemensamt hur arbetsuppgifterna skall fördelas, hur mottagningen skall organiseras, vilken personal som skall anställas o.s.v. Förutsättningen för att teamen skall fungera är, enligt författarna; klart definierade mål som går att mäta och utvärdera, fungerande kliniska och administrativa system, en tydlig arbetsfördelning, vidareutbildning för personalen i de sysslor som de utför i teamet, fungerande informationsstrukturer och återkommande träning i kommunikation.

För att en arbetsgrupp skall kallas team bör den således ha en gemensam målsättning, något som enligt Hultberg et al. (2003) saknas på de flesta svenska vårdcentraler. Vidare innebär teamarbete att medlemmarna skall ha kunskaper om och respekt för varandras yrkesroller, att det finns ett bra samarbetsklimat och ett adekvat ledarskap (BMA 1999). Ofta citerade och idag vedertagna definitioner på team¹ är: "... en grupp med en eller flera bestämda mål. Förutsättningen för att målen skall kunna uppfyllas är att de självständiga medlemmarna anstränger sig för att samarbeta." (Grumbach & Bodenheimer, 2004), eller: "... en liten grupp människor med komplementära färdigheter och kunskaper, som arbetar tillsammans för att uppnå ett gemensamt mål, som de själva tar ansvar för" (Katzenbach & Smith 1993).

Urtyper för ett team är fotbollslaget. Interaktionen i laget avgör om matchen kan vinnas eller inte, inte den enskilde forwarden eller lagets hjälte. Ett fotbollslag har en klar målsättning, som att lägga mål och vinna matchen (och det handlar inte om att göra något lagom bra, utan om att vara bäst), det finns en arbetsfördelning där var och en har sin alldeles bestämda position i laget (men alla kan få lägga mål och alla kan få bli hjältar), och större delen av träningen går ut på att förfina samspelet i laget. Wise et al. (1974) påpekar att ett fotbollslag tränar 40 timmar i veckan på teamarbete, för att spela en match som tar några timmar. Det s.k. vårdcentralsteamet tränar sällan eller aldrig på det teamarbete, som utförs minst 40 timmar i veckan.

¹ Vissa författare skiljer på multidisciplinära och interdisciplinära team. Det interprofessionella arbetet i interdisciplinära team innebär att medlemmarna har en ambition att dela på arbetsuppgifterna. Var och en i teamet kan tänka sig att avstå från exklusiva krav på specialiserad kunskap och auktoritet om patienternas behov bättre kan tillgodoses av andra yrkeskategorier. Multidisciplinära team skulle inte på samma sätt ha en medveten strategi för samarbetet (se Barr 1997 och Thistlethwaite 2008).

Goffmans definition av team

Erving Goffman (1959) använder teambegreppet i ett dramaturgiskt perspektiv, vilket också kan vara intressant att nämna i det här sammanhanget. Ett team utgörs av en grupp individer som samarbetar för att skapa en rutin, eller för att presentera ett ansikte eller en fasad utåt mot en publik. Perspektivet kan låta konspiratoriskt, men Goffman menar att teamaktörerna tror fullt och fast på det de gör och således är omedvetna om att det är ett skådespel de agerar i – en bra skådespelare kan ju fullständigt leva sig in i sin roll. Teamet kan bestå av medlemmarna i en yrkesgrupp, men även av representanter för olika yrkesgrupper, som har samma intresse av att skapa en rutin. När teamet agerar på scenen vill de visa upp sådana sidor, som de antar att publiken förväntar sig skall presenteras för dem; en etisk hållning, en rangordning, ett sätt att klä sig eller ett förhållningssätt. Oftast sammanfaller teamets och publikens förväntningar på ett uppträdande. Teamet kan ha vissa teamhemligheter, som inte får avslöjas för publiken; t.ex. att personliga fördelar och vinstmaximering går före ett etiskt förhållningssätt. När teamet är tillsammans men inte agerar för publik, t.ex. i ett omklädnings- eller fikarum, kan man säga att det befinner sig bakom kulisserna eller backstage. Där kan de släppa på de rutiner som brukar visas upp på scenen – man får lov att vara sig själv. Känslor av vanmakt och frustration kan uttryckas och man kan tala illa om sin publik. Man kan ägna sig åt taktiksnack, lägga upp nya strategier och ladda batterierna inför nästa uppträdande.

Den yrkesgrupp som befinner sig högst på statuspyramiden är den som ägnar sig mest åt muntliga framträdanden, enligt Goffman (1959), t.ex. chefer som har få likasinnade personer att vara familjära med bakom kulisserna. Gerd Lindgren (1992) använde Goffmans begrepp i sin studie av olika yrkesgrupper på en svensk vårdavdelning. Läkargruppen är den yrkesgrupp, hävdar hon, som befinner sig mest på scenen. Läkarna har ett etiskt förhållningssätt, en bestämd rangordning och medicinska attribut med symboliska funktioner, som t.ex. den vita rocken och stetoskopet¹. Läkaren lever sig in i och *är* i sin yrkesroll, så t.ex. talar läkare sinsemellan oftast om patienter och om medicinska frågor. Och många läkare fortsätter att vara i läkarrollen, även i sina familjer och på fritiden. Sjukvårdsbiträden och undersköterskor däremot, är yrkesgrupper som befinner sig mycket backstage. De har inget gemensamt intresse för att visa en rutin eller en fasad utåt. De saknar en speciell yrkesetik eller ett rangordningssystem, och på arbetsplatsen talar man sinsemellan mest om familje- och fritids-

¹ I många moderna TV-serier från sjukhusmiljöer har även sjuksköterskor ett stetoskop virat runt halsen.

angelägenheter. Sjuksköterskor intar en sorts mellanläge mellan dessa grupper, och pendlar mellan att vara både på scen och backstage.

Loseke och Cahill (1986) framhåller att en medicinstuderandes främsta målsättning är att bli upptagen i läkarteamet, eller i ”det kollegiala uppträdande-teamet”, som Goffman uttrycker det. Man blir medlem av en social gemenskap, får en ställning och kan lita på att få moraliskt stöd av de andra medlemmarna i teamet. Det är först när man har blivit accepterad som en i läkarteamet, som man kan agera som läkare och uppträda med en läkares hela auktoritet och pondus inför patienter och personal. Men vägen till fullvärdigt medlemskap är mödosam och kantad av olika prövningar; kunskaps- och praktiska prov, ångestväckande episoder under laborationer, dissektioner och obduktioner, konfrontationer med mänskligt lidande, sjukdom och död. Stämningen kan tidvis vara i det närmaste pennalistisk, med penibla utfrågningar, tillrättavisningar och förmaningar under kliniska ronder eller röntgenronder. Under utbildningen sker en viss utgallring av dem som är olämpliga och som man inte kan riskera att som medlemmar i teamet. Om man kan visa att man är beredd att uppoffra och försaka för teamet, kan man också räkna med teamets fulla stöd, t.ex. om man skulle råka tappa masken inför sin publik. Under läkares socialisationsprocess sker en distansering från patienterna som förvandlats till objekt för studium, diagnos och behandling (Wahlqvist 2007), och i slutet av studietiden har studenten kommit att identifiera sig i första hand med sin yrkesgrupp. Man transformeras och tillägnar sig en ny personlighet¹ som läkare. Eftersom viljan till identifikation och tillhörighet till det kollegiala teamet är så stark – för det är så man får sitt berättigande – kan det samtidigt vara svårt att också identifiera sig med andra yrkesgrupper i sjukvården (Conrad 1988).

Teamarbete i primärvården

Den vanligast förekommande formen av teamarbete i svensk primärvård är s.k. multidisciplinära team, bestående av exempelvis läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog och eventuellt representant för Försäkringskassan. Exempel där hela vårdcentralen fungerar som ett team, som i exemplet ovan, är dock ovanligt, så långt jag vet. Det multidisciplinära teamet kan handa en eller flera patientkategorier, t.ex. patienter med långvarig värk, psykosociala problem, sömnrörningar, stress och långvariga sjukskrivningar, som kräver mer samlade resurser än vad en enskild behandlare kan erbjuda.

¹ Personligheten och jaget är inte, enligt Goffman (1967), något fixt och för alltid färdigt, utan något man tillägnar sig i den situation man befinner sig i eller i den scen man spelar med i. Jaget är en produkt av en scen som spelas upp. Jag investerar i en bild av mig själv, som endast kan bekräftas i min kommunikation med andra.

Team kan även bildas som säteliter utanför vårdcentralen oftast på Försäkringskassans initiativ. De utgörs då av speciellt utvalda medlemmar och tjänar som remissinstans för olika vårdcentraler. Oftast är det läkaren som identifierar patienter som skall komma i åtnjutande av teamets tjänster, och efter en avslutad utredning återremitteras patienten till vårdcentralen. Externa team har kritiserats för att det inte är den behandlande läkaren som gör den utredning, som lika gärna hade kunnat göras på vårdcentralen (Linton & Ekberg 1994). Man menar att den kunskap som finns om patienterna hos den behandlande läkaren inte tillvaratas. Vidare tillgodoses inte den kontinuitet som måste finnas före och efter ett rehabiliteringsprojekt. Rehabilitering bör inte vara en främmande och tillfällig episod i patienternas liv. Externa rehabiliteringsteam har även kritiserats för, att utvärderingen av de kortvariga och intensiva rehabiliteringsepisoderna inte kunnat visa på entydigt positiva resultat för patienterna (Linton & Ekberg 1994, Sjölund 1995, Konarski 1996). Målsättningen har också ofta varit ensidigt inriktad på arbetsåtergång, men ökad rörlighet, minskad smärta och förbättrat allmänt välbefinnande behöver inte alltid innebära återgång till ett arbete, som man tidigare inte trivdes med. Efter rehabepisoden har det heller inte alltid funnits alternativa arbeten att erbjuda (vilket kanske är det största problemet). Ofta har man inte heller formulerat mål för de sociala, emotionella och kognitiva aspekterna (Linton & Ekberg 1994). Rehabiliteringseffekter är dessutom svåra att utvärdera eftersom positiva utfall kan bero på den s.k. Hawthorne-effekten (förbättringen har med det allmänna omhändertagandet att göra) och negativa på för små undersökningspopulationer, s.k. typ-II-fel.

Ett exempel på multidisciplinära team med förankring på vårdcentralen är det team som startade 1997 som ett projekt på Gråbo vårdcentral, utanför Visby. Teamet bestod till en början av tre doktorer, en sjuksköterska, en psykolog, en sjukgymnast och även en, vid särskilda tillfällen inkallad, psykiatrisk konsult. Teamet träffades regelbundet en eftermiddag i veckan för att diskutera problempatienter. Utfallet av verksamheten bedömdes så positivt att teamarbete idag är ett etablerat arbetssätt på Gråbo vårdcentral.

Ungefär samtidigt, 1998, startade det s.k. Deltaprojektet på fem vårdcentraler på Hisingen i Göteborg. Samverkansprojektet finansierades av primärvården, socialvården, arbetsförmedlingen och försäkringskassan och kom till för att öka samarbetet, enligt Socsam-lagen, mellan organisationerna. Arbetssättet innefattade, förutom olika former för samverkan mellan myndigheterna, teamarbete med regelbundna träffar en halvdag i veckan med läkare, kurator, psykolog, sjukgymnast, representant från Försäkringskassan och ibland även från social-tjänsten. Projektet riktade sig, på samma sätt som på Gråbo vårdcentral, till patienter med långvarig sjukskrivning p.g.a. muskuloskelettala symtom och besvär av psykosocial natur. Även detta samverkansprojekt bedömdes som så framgångsrik att arbetssättet nu inte bara är etablerat på Hisingen, utan även har spridits till andra delar av Göteborg. Utvärderingar

visade att arbetssättet hade positiv effekt på sjukskrivningstalet, effektiviserade arbetet genom förkortade beslutsvägar och patienternas aktiva medverkan, och ökade möjligheterna att rekrytera och behålla läkare. Så heter det i alla fall i den officiella versionen (Lundin & Hultberg 2006, Alleback 2001).

Förutom dessa exempel är det idag, så långt jag känner till, ovanligt med multidisciplinära team på vårdcentraler i Sverige idag, åtminstone i etablerad form.

För- och nackdelar med teamarbete

Man har sedan många år tillbaka förespråkat arbete i multidisciplinära team, som ett sätt att möta de nya utmaningar och krav som allmänläkarna ställs inför i det moderna samhället (Irvine 1997, Grumbach & Bodenheimer 2004). T.ex. rekommenderade Storbritanniens specialistförening för allmänmedicin redan för tjugo år sedan, att olika yrkesgrupper i primärvården skulle samarbeta mer i team, inte bara för patienternas skull utan även för att öka sin egen arbetstillfredsställelse (RCGP 1985). Även British Medical Association har rekommenderat teamarbete i primärvården i ökad utsträckning (BMA 1999).

Den ökande andelen patienter som söker för kronisk smärta och för sjukdomar som kompliceras av en psykosocial problematik, utgör en stor utmaning för primärvården. Läkaren kan inte i det enskilda fallet känna till alla de omständigheter som bör vägas in i beslut kring t.ex. sjukskrivning, ny yrkesinriktning eller studier, menar Hamberg (1998). Utökat teamarbete mellan olika yrkesgrupper i vården anses vara det bästa sättet att hjälpa dessa patienter (Cook 1998, Sos 1994). Statens beredning för medicinsk utvärdering rekommenderar, efter en utvärdering av olika behandlingsmetoder för långvarig smärta i ländrygg och nacke, multidisciplinärt teamarbete (SBU 2002). van Weel (1994) menar att de tillstånd där teamarbete tycks ha haft störst effekt, förutom vid smärtproblematik, är vid psykosomatiska besvär, kroniska sjukdomar, komplicerande psykosocial problematik och vid terminalvård. Andra utmaningar i primärvården är patienter med missbruk och livsstilsproblem, där teamarbete anses kunna ge patienterna en bättre service (Glover & Bogle 2000; Thistlewaite, 2008).

Ökat teamarbete anses även vara ett sätt att förena allmänläkarnas ökade krav på att kunna förena familjeliv och fritid med professionens målsättning, att det skall finnas en patient-läkarkontinuitet. Idealt skulle en och samma doktor ständigt finnas till hands för sina patienter¹. Speciellt påtagligt har detta blivit med den ökade andelen kvinnliga allmänläkare (och även yngre manliga) som önskar vara barn- och tjänstledig under vissa perioder eller vill kunna arbeta deltid.

¹ Svenska distriktsläkarföreningen använder begreppet ”*Din Egen Läkare*” i sitt måldokument (se <http://www.svdlf.se/>).

Många allmänläkare önskar inte heller binda upp sig för en och samma vårdcentral för all evighet. Ett välfungerande vårdcentralsteam kan då utgöra det alternativ som står för den kontinuitet och personliga kännedom som patienten behöver (Ridd & Shaw 2006).

Ett utökat samarbete mellan yrkesgrupperna i primärvården skulle kunna lösa den frustration som många läkare känner över den bristande överensstämmelsen mellan krav och möjligheter, menar Edwards et al. (2002). Teamarbete kan minska allmänläkarens arbetsbörda, och samtidigt kan antalet patientbesök öka och ett ökat antal patienter får tillgång till vårdcentralens tjänster. Teamarbete ger även ökade möjligheter för hembesök, som ju inte alltid behöver göras av doktorn själv (Marsh 1991). Ett mer patientcentrerat förhållningssätt möjliggörs, genom att läkarens tid för varje patient ökar, anser Hasler (1994). Sjuksköterskor har visat sig kunna ta över och avlasta läkarna från många av deras traditionella arbetsuppgifter, påpekar Werkö (2003b), t.ex. kontroller av patienter med astma, diabetes, högt blodtryck, hjärtsvikt och urologiska åkommor. Sjuksköterskor och annan personal på vårdcentralerna har kunnat ta över många av de arbetsuppgifter som allmänläkaren traditionellt har utfört, med goda och ibland med t.o.m. bättre resultat (Shum et al. 2000, Horrocks et al. 2002). Undersökningarna visade att sjuksköterskorna i många fall tog sig mer tid till att lyssna och förklara för patienterna (Laurant et al. 2005).

Det finns många studier, om än inte alltid tillförlitliga, som visar på teamarbetets positiva effekter för personalens välbefinnande och för ökad effektivitet, säkerhet och kvalitet i vården (Saltman & Figueras 1997, Hasler 1994). En ganska nyligen publicerad systematisk översikt visade att ett utökat samarbete mellan olika yrkesgrupper, men kanske speciellt mellan läkare och sjuksköterskor, kan ha en positiv påverkan på både vård och behandling för patienterna (Zwarenstein & Bryant 2008). Jones (1992) påpekar emellertid att, oavsett hur positiva personliga erfarenheter man än har av teamarbete i praktiken, så är det svårt att påvisa positiva effekter på vården i vetenskapliga studier. Även om teamarbete anses kunna öka kvaliteten för patienterna så är den vetenskapliga bilden alltså inte helt klar, eftersom effekterna för patienterna är svåra att utvärdera (Zwarenstein & Reeves 2005). Dowling et al. (2004) konstaterar, att den mesta forskning som bedrivits på olika former av samarbete har fokuserat på själva samarbetsprocessen och personalens upplevelser, och att de vetenskapliga beläggen för effekterna är bristfälliga. Enligt en Cochraneöversikt var det inga av de studier som gjorts för att mäta effekterna av samarbete mellan läkare och sjuksköterskor, som uppfyllde Cochranes inklusionskriterier (Zwarenstein et al. 1999). Man fann i dessa studier heller inga strikta bevis för att olika strategier för att öka det interprofessionella samarbetet mellan yrkesgrupper påverkade vare sig samarbetet eller effekterna för patienterna.

Schmitt (2001) gör också en systematisk och historisk granskning av den vetenskapliga litteraturen om sam- och teamarbete, och konstaterar att det är mycket få studier som uppfyller strikta vetenskapliga kriterier. Hon konstaterar att det har saknats klara definitioner av begreppen samarbete och team, att för få studier har varit utformade som randomiserade interventionsstudier med kontrollgrupper, att de flesta undersökningarna är deskriptiva eller av typ korrelationsstudier, att resultaten ofta kan ha påverkats av confounding factors, så som den studerade gruppens vilja att åstadkomma goda resultat, etc., att uppföljningstiderna ofta varit för korta, att materialen har varit för små, de studerade enheterna för få, att det har varit svårt enas om vilka resultat som skall räknas och hur de skall mätas, och slutligen, att för få studier har mätt kostnaderna för och de ekonomiska effekterna av teamarbetet. Hon konstaterar även att de flesta studier på samarbete har gjorts i sjukhusmiljöer, många inom geriatriken och intensivvården, och att allt för få har gjorts inom primärvården. Sammanfattningsvis konstaterar Zwarenstein (2000), att det finns för många förutfattade meningar, för mycket tyckande och för få vetenskapliga utvärderingar som verkligen kan visa på teamarbetets positiva effekter i vården, men tillägger att området samtidigt är mycket angeläget att beforska.

I sin utvärdering av det s.k. Deltaprojektet på Hisingen kunde inte Eva-Lisa Hultberg (2005) finna att teamarbete och det utökade samarbetet mellan olika myndigheter och personalgruppen hade påverkat vare sig patienternas hälsa positivt eller minskat antalet sjukskrivningsdagar. Istället hade antalet besök hos sjukgymnasterna ökat och därmed också kostnaderna. Resultatet skulle dock tolkas med försiktighet, eftersom studien gjordes tidigt i förloppet då den interprofessionella potentialen ännu inte hade utnyttjats fullt ut. T.ex. hade man inte utnyttjat psykologernas och socialarbetarnas resurser i den utsträckning som hade varit möjligt. Och endast en sjukdomsgrupp, nämligen patienter med muskuloskelettala sjukdomar, hade studerats medan projektet berörde flera andra patientkategorier, som t.ex. patienter med psykisk ohälsa. Urvalet var dessutom för litet för att man skulle kunna dra alltför stora slutsatser av resultaten.

Även Eva Olsson (2008) hänvisar till vad som framkom i hennes intervjuer med sjukvårdspersonal, när hon påpekar att ökat teamarbete kan medföra nackdelar för personalens välbefinnande. Teamverksamhet kan bli en del av en allmän strävan efter ökad effektivitet i vården, där varje minut skall användas till produktivt arbete och för att diskutera vården av patienterna. Den mesta tiden och energin kommer då att gå till att skapa ett ansikte utåt, för att använda Goffmans begrepp (teamandan innebär att man alltid skall arbeta för patientens bästa). Personalens utrymme för att diskutera, eller bara prata av sig kommer att minska och riktas bort från de egna behoven. Eftersom sjukvård är ett känslomässigt engagerande arbete, med stora krav på att vara närvarande för patienterna och sätta sina egna behov i bakgrunden, behövs en buffertzon där man kan få vara sig själv och få kollegors sympatier och emotionella stöd.

Risken är stor, menar Olsson, att den traditionella kollegialiteten som utövas backstage ersätts med teamarbete, för att det anses vara ett mer effektivt sätt att använda tiden på. I ett team kan även enskilda medlemmars avvikande åsikter tryckas tillbaka, därför att man är så mån om att gruppen skall vara enig utåt, dvs. uppträdandet på scenen blir det dominerande målet¹ (Cook et al. 2001).

Ur ett annat perspektiv skulle teamarbete kunna kritiseras för att minska patientens möjlighet att själv kunna påverka utredningen och behandlingen av sin egen sjukdom. I ett traditionellt system, skulle Freidson (1988) påpeka, finns det fortfarande utrymme för patienten att välja mellan olika versioner av verkligheten, eftersom olika vårdgivares tolkningar och budskap skiljer sig åt – det ger ökad frihet för patienten att själv avgöra vilken version som är den rätta (eller komma fram till att man inte är sjuk). I teamsamverkan däremot, enas representanter för olika professioner om en gemensam version som de kommer att presentera för patienten². Oavsett vem i teamet patienterna vänder sig till får de höra samma tolkning av deras tillstånd. Patienterna kommer att misskreditera sin egen version av verkligheten när de möter en så enad expertis – men vad är det som säger att vården skall ha tolkningsföreträdet?

Distriktsläkare och team

Läkare verkar allmänt lite intresserade av att samarbete med andra yrkesgrupper och av multidisciplinärt teamarbete i synnerhet (Degeling et al. 2003). Flera studier har visat att det är svårt att engagera distriktsläkare och därför svårt att införa teamarbete i primärvården (Glover & Bogle 2000). Konflikter uppstår lätt i teamen och många läkare anser att teamarbete är ett slöseri med tid (Cook 1996). Läkarna lever inte upp till andra teammedlemmars förväntningar på att de skall ta den ledande rollen i teamet (Wiles & Robinson 1994), och deras intresse för teamarbete ifrågasätts därför (Ewelyn & Hocking 2000). Hultberg (2003) fann, efter att ha gjort fokusgruppsintervjuer med personal från Deltaprojektet i Göteborg, att personalen ansåg att distriktsläkarna hade ett bristande intresse för teamarbete. De intervjuade tyckte att läkarna ofta intog en passiv roll i teamen, vilket man trodde berodde på bristen på läkare men även på läkarnas bristande intresse. Även från andra länder rapporteras att läkare verkar mindre positiva till interprofessionellt samarbete än andra yrkesgrupper i vården, och att de

¹ När individuella åsikter, i namn av gruppens intresse, tillåts dominera över avvikande åsikter, talar man om ”grupptänk”.

² Freidson (1988, s. 369) menar att läkarna, med sin autonomi och dominans över arbetsdelningen inom vården, avgör vad som är sjukdom, hälsa och vem som är sjuk eller inte. Läkarnas tolkningsföreträde sträcker sig in över de andra vårdprofessionernas autonomi, och dominerar även där tolkningen av verkligheten. Många behandlingsrekommendationer, liksom även diagnoser, är av normativ och moraliserande karaktär.

allmänna rekommendationerna om ökat samarbete mellan yrkesgrupperna inte följs i praktiken (Bailey et al. 2006, Wilson et al. 2005).

Det finns naturligtvis flera teorier om varför läkare inte medverkar i samarbete – annat än om det sker på egna villkor – med andra yrkesgrupper. I en studie konstaterade man att teamarbete stärkte de flesta medlemmarna i ett team, men att yrkesgrupper som hade en mer perifer roll i förhållande till teamet, som t.ex. allmänläkare och konsulterande psykiatriker, kunde känna sig marginaliserade. Läkarna upplevde även att den givna maktfördelningen förändrades (Cook et al. 2001). Att individer och grupper som känner sig hotade kan ha svårt att interagera och samarbeta är väl känt (Hibberd 1998, Ingram & Desombre 1999). I den mer demokratiska ansvarsfördelningen, som uppstår mellan de olika yrkesgrupperna i ett team, kan läkarna känna att det finns ett latent hot om att de skall förlora sin ledande roll (Cook 1996, Barr 1997). I teamsammanhang, åtminstone under formationsfasen, ser man ofta att läkare tenderar att ta på sig en dominerande och uppgiftsorienterad roll, d.v.s. polariseras in i en traditionell doktorsroll, troligen som en reaktion på den osäkerhet man upplever i gruppen (Farrell 2001).

Allmänläkarna anser att deras huvuduppgift är att ha ett helhetsperspektiv på sina patienter, vilken inte kan upprätthållas när rollerna renodlas i ett teamsammanhang. Man är inte bara doktor för sjukdomen, utan även för den sjuka människan med alla dess sidor; familjen, de sociala relationerna, arbetet, o.s.v. Det är den utgångspunkten som särskiljer allmänläkarna från andra specialister (McWhinney 1997, Heath & Sweeny 2005). Den s.k. ”biografiska medicinen” innebär, enligt Armstrong (1979), att allmänläkarnas insikter i patienternas liv och sociala situation ger dem en suverän möjlighet att skapa sig en korrekt bild av patientens sjukhistoria, och att de därför kan erbjuda en mer adekvat medicinsk behandling. Det biografiska perspektivet är även det som ger allmänmedicinen dess status i förhållande till sjukhusmedicinen, som mer är att betrakta som en teknisk serviceinstans för patienter med biomedicinskt behandlingsbara sjukdomar.

Ytterligare en förklaring till läkarnas motstånd mot att arbeta i team, kan ligga i att de flesta som arbetar i sjukvården överhuvudtaget är dåligt förberedda för att samarbeta med andra yrkesgrupper (van Weel 1994). Under läkarnas grundutbildning socialiseras studenten in i en autonom läkarroll och tillägnar sig ett specifikt förhållningssätt till patienter, kollegor och annan vårdpersonal. Umgänget med andra yrkesgrupper i vården är sporadiskt och slumpartat. Förståelsen för andras yrkesroller och arbetsuppgifter blir bristfällig (Vanclay 1998). Enligt Siegler & Whitney (1994) vistas läkarstudenterna visserligen i samma miljöer som sjuksköterskor och annan vårdpersonal, men lär sig inte att betrakta dem som kollegor. Istället blir sjuksköterskan eller avdelningsföreståndaren någon som man förhåller sig till, inte arbetar tillsammans med.

Studier i vården har visat, att ju mer utbildning man har desto mindre intresserad är man av samarbete, och läkarna tycks vara den minst samarbetsvilliga yrkesgruppen av alla¹ (Davies 2007). I kampen mellan professionerna, menar Abbot (1998), är yrkesgrupper som befinner sig högst i hierarkin mindre benägna att samarbeta med dem som befinner sig närmast nedanför eller på en ännu lägre nivå. De som befinner sig snäppet nedanför däremot är mer intresserade av att samarbeta med dem som är ovanför, men samarbetar inte gärna med yrkesgrupper som befinner sig lägre i hierarkin. T.ex. har det skrivits en hel del om samarbete mellan läkare och sjuksköterskor i sjuksköterskornas egna tidskrifter, medan ämnet knappast berörs i den medicinska litteraturen (Sweet & Norman 1995).

Hinder och förutsättningar för teamarbete

Tidigare har nämnts några olika strukturella hinder för teamarbete. En hierarkisk sjukvårdstruktur² och ett utbildningssystem som favoriserar individuella prestationer på bekostnad av kommunikation och samarbete, är några exempel. Andra hinder, som nämnts, är linjära utbildningsmodeller med separata vårdutbildningar som lär studenterna att betrakta verkligheten ur en enskild yrkesgrupps perspektiv, en självtillräcklighet i yrkesrollen som gör att man upplever att man inte behöver andra, sociala och kulturella skillnader mellan teammedlemmar som försvårar kommunikation, stereotypa uppfattningar om varandras yrkesroller, och rädsla för att förlora makt och yrkesidentitet.

Barr (1997) nämner ytterligare faktorer som oklara yrkesroller och diffusa gränser mellan medlemmarna i teamet, och oklarheter om vars och ens ansvarsområden. En verksamhet kan även ha en annan målsättning än teamets och vara utformad för att motsvara det unidisciplinära arbetsättets behov. Organisationen kan vara rigid och krampaktigt hålla sig fast vid inarbetade beslutsmonster, som försvårar nytänkande och nya strategier. Får den yttre

¹I Algarve hölls 2007 ett internationellt symposium för läkar-, sjuksköterske- och medicinstudenter. Under symposiet, i vilket fyra svenska tandläkarstuderande deltog, skulle teman som utbildning, etik, folkhälsa, interprofessionellt samarbete diskuteras. Endast 5 procent av de 400 deltagarna utgjordes av läkarstuderanter (Teimori i studenttidningen *Organet Halitosis*, nr 1, 2008).

²Enligt Freeman et al. (2000) kan man särskilja på olika teamstrukturer. En *instruktiv*, där en chef sällar information som skall förmedlas till medarbetarna och de underordnade tilldelas olika uppgifter. Medlemmarna är mer passiva mottagare av besluten än delaktiga i dem. I en *integrativ* struktur, är alla medlemmarna medspelare och deltar i diskussioner och förhandlingar och beslut fattas gemensamt. Det finns ingen uttalad hierarkisk ordning och man lär sig av varandra. I en *elektiv* struktur, slutligen, sköter var och en sig själv och man tar endast kontakt med andra medarbetare för att få nödvändig information. Här är medarbetarna autonoma, markerar tydliga gränser mellan sig och undviker samarbete, om det inte är högst nödvändigt. Endast kunskaper från likvärdiga eller från dem som står högre upp i hierarkin värderas.

organisationen för stort inflytande kan teamet känna sig förhindrat att ta självständiga beslut. Inkonsekvens och fragmentisering inom olika områden i vården och skillnader i prioritering av olika tjänster, liksom skillnader i målsättning och syfte mellan teammedlemmarna är ytterligare hinder för teamarbete. Oförenliga informationssystem och konkurrens mellan olika verksamheter inom organisationen, liksom oklara mål och ovilja att investera pengar och tid i att utveckla teamarbetet nämns som ytterligare hinder.

Teamarbete går inte att genomföra om arbetsplatsen består av grupper eller avdelningar som motarbetar varandra. Kommunikationen inom antagonistiska grupper är ofta invävd med koder, symboler och ickeverbala signaler, som är beroende av sammanhanget och som exkluderar utomstående (Ingram & Desombre 1999). Vissa teammedlemmar kan använda onödigt krångliga vetenskapliga termer för att hålla distans till de övriga i teamet och försvåra kommunikationen. Å andra sidan, kan man använda ord och fraser, som samarbete, behovsstyrd, patientcentrerad och bemyndigande av patienter, för att uppvisa en snygg fasad utåt av skenbart samförstånd. Man tar för givet att alla förstår vad orden betyder utan att tidigare har diskuterat innebörden i dem, men när det kommer till svåra beslut om t.ex. graden av patientinflytande uppdragas oenigheter mellan teammedlemmarna om hur begreppen skall tolkas – olika tolkningar är ju påverkade av yrkesmässiga värderingar, trosföreställningar, erfarenheter, kunskaper och färdigheter. Diskussionerna kan skapa förvirring och djupgående konflikter i teamet.

Vilka förutsättningar behövs då för att teamarbete skall lyckas? Enligt Barr (1997) skapas team inte över en dag, utan behöver utvecklas över en längre tidsperiod. Det krävs tid för att utveckla en gemensam målsättning och prioriteringsordning och för diskussion och utveckling av relationer. Medlemmarna behöver utbildning och handledning för att utmana stereotyper om varandras yrkesroller och för reflexion över personliga och yrkesmässiga värderingar. För det krävs även organisatoriska förutsättningar. Teamarbete skall inte tillämpas rutinmässigt eller som ett självändamål, utan användas där det finns ett behov av interdisciplinärt arbete och där man med arbetsmetoden kan förvänta sig en bättre service, för både patienter och medarbetare. Lednings- och ansvarsfördelningen måste också klargöras och policydokument upprättas, för att få klara prioriteringar och målsättningar för teamet. Ett gemensamt språk som förstås av alla i teamet behöver utvecklas och kommunikationen mellan medlemmarna tränas, för att man skall kunna kommunicera viktig information och personliga känslor och för att man skall kunna lyssna på varandra, utan fördomar och fördömande attityder.

Petrie (1976) menar att samverkan är nödvändigt i dagens specialiserade och högteknologiska samhälle, annars skulle det krävas att alla människor blev renässanspersonligheter. Liksom Barr (1997) och Thistlethwaite (2008) skiljer Petrie på multidisciplinärt och interdisciplinärt teamarbete. I det interdisciplinära

samarbetet, menar han, lär man sig och anpassar sig till varandra och sätter sig in i varandras kunskapsområden. Förutsättningarna för allt teamarbete är att man är kompetent och säker i sin yrkesroll, att det finns en bärande idé i teamet och att man får se resultat, som är relaterade till den bärande idén, av sina ansträngningar. Interprofessionalitet är alltså inget självändamål – det måste leda någonstans. För att kunna arbeta interprofessionellt krävs vissa person-egenskaper, menar Petrie; man måste vara säker i sin yrkesroll och våga sig in i det okända, man behöver ha ett brett kunskapsintresse även om det egna kunskapsområdet är smalt, och man måste kunna visa hänsyn och ge gruppdynamiken tid för att prata sig samman, diskutera yrkesroller o.s.v. Olika yrkesgrupper har ju olika kognitiva kartor. Man betraktar verkligheten på olika sätt och formulerar det man ser med olika ord och termer, som man placerar in i olika kategorier. Om man inte kan se vad de andra ser, kan man heller inte se det *relevanta* i det de ser. Man riskerar att tala förbi varandra och att diskussionerna stannar vid vardagsprat och sunt förnuft, för man talar endast om det som man kan tala om. Förståelsekunskap, eller expertkunskap, är oftast tyst och måste kunna verbaliseras och synliggöras för de andra i gruppen. De måste få reda på vad jag menar med mina nyckeltermen och med vilka kategorier jag organiserar min värld.

Sammanfattning och frågeställningar

I första avsnittet räknade jag upp några av de utmaningar, som dagens allmänläkare står inför. Flera av dessa är av organisatorisk och politisk natur och måste följaktligen lösas på en den nivån. Här följer en sammanfattning av de exempel på strategier som föreslagits i detta avsnitt, och med vars hjälp läkarna själva antas kunna påverka sin situation. Sammanfattningen utmynnar i fem frågeställningar.

1. Det föreslogs att professionen behövde tillägna sig ett mer ekologiskt och holistiskt perspektiv på sjukvården. Läkarna är en del av en större sjukvårdorganisation, som inte enbart har ansvar för att omhänderta sjuka patienter, utan även för befolkningens hälsa, inkluderande förebyggande hälsovård, kontroller av riskgrupper, o.s.v. Begränsade resurser skall fördelas rättvist bland hela befolkningen. Läkarna måste aktivt delta i diskussionen om hur pengarna skall fördelas.
2. Läkarna måste ta ansvar för att sjukvårdssystemet skall fungera som en helhet. Patienter är desamma, oavsett var de behandlas, och ingen behandling kan bli effektiv om inte hela vårdkedjan är samordnad. Det hjälper inte hur duktig kirurgen är på sitt område, om inte för- och eftervården fungerar. Patienter far illa om olika instanser inom organisationen utreder och behandlar enligt sina traditioner, så att olika

budskap eller behandlingar som motverkar varandra¹ förmedlas. Det är dessutom slöseri med resurser.

3. Problemen i dagens sjukvård kan heller inte lösas med enskilda läkares hjälteinsatser. Läkaren är en del av ett större vårdlag där allas insatser är lika betydelsefulla – bot kan inte äga rum utan vård. Människor har olika behov av värme, närhet, tillhörighet, bekräftelse och omvårdnad, som, förutom de rent materiella behoven, behöver tillgodoses för att de skall må bra, tillfriskna eller helst undgå att bli sjuka alls. Alla delarna förutsätter varandra och är lika viktiga.
4. Allmänläkarna behöver vidare bredda sitt diagnostiska register och ta medicinskt sociologiska, antropologiska och psykologiska aspekter i beaktande, när de behandlar människor som söker i primärvården. Det rent biomedicinska perspektivet är för snävt och täcker inte alla de ingredienser som sjukdomar består av. Om den biomedicinska kunskapstraditionen är bra på att förutsäga sjukdomars naturalförlopp – om varför och hur sjukdomar uppstår hos ett genomsnitt av befolkningen – så ger den medicinskt humanistiska traditionen oss kunskaper om hur människor tänker om sjukdom, och om hur dessa tankar och föreställningar påverkar hur sjukdomen uppträder i det individuella fallet. Den humanistiska vetenskapen är inte exakt och reproducerbar på samma sätt som den naturvetenskapliga, men den ger oss istället erfarenheter och klokskap som kan tillföras den strida strömmen av nya kunskaper. Det har föreslagits att man borde se detta gränsland mellan kunskap och förnuft, population och enskild individ, som allmänmedicinens huvudområde.
5. Kontinuiteten mellan läkare och patient har tidigare framhållits som ett av allmänmedicinens signum. Idag är emellertid fallet så att läkarna är den yrkesgrupp som har den högsta omsättningen på landets vårdcentraler. Många unga distriktsläkare önskar arbeta deltid, få vara föräldralediga o.d., och prioriterar familjelivet och fritiden högre än arbetet. Det gör att behovet av flexibla arbetstider ökar och att möjligheterna till långvarig kontinuitet med patienterna minskar. I ett team kan ansvaret för kontinuiteten lättare delas av flera yrkesgrupper.
6. Teamarbete kan dessutom ha andra fördelar för allmänläkaren, t.ex. genom att avlasta läkaren från att vara ensam ansvarig för patienten, slippa ensamrollen, renodla läkarens arbetsuppgifter till de mer medicinska, låta andra ta hand om patienter med enklare sjukdomstillstånd och rutinuppgifter som inte kräver en läkares långa

¹ Ca 14 procent av alla inläggningar på landets medicinkliniker beror på läkemedelsbiverkningar. Se Boman et al. (1998).

yrkesutbildning, för att nämna några exempel. Många av de patienter som söker i primärvården idag har psykosocialt komplicerade besvär, som kräver flera yrkesgruppers perspektiv i t.ex. multidisciplinära team för att kunna belysas på ett adekvat sätt.

Frågeställningar:

1. Det finns en motsättning i ovanstående förslag; dels förutsattes allmänläkaren behöva utvidga sitt kunskapsområde, och därmed också sitt expertområde, från det medicinsk-tekniska till ett mer humanistiskt. Men om allmänläkaren skall bli en teamarbetare förutsätts att han eller hon får en mer renodlad medicinsk expertroll, och att den medicinskt humanistiska expertrollen riskerar att tas över av någon annan medlem i teamet, t.ex. kuratorn eller psykologen. För många allmänläkare skulle detta innebära att de behövde frångå det som de uppfattar som allmänmedicinens kärna, d.v.s. den biografiska medicinen. Dessutom motsätter sig många allmänläkare att lämna ifrån sig rutinuppgifterna och de lättare patientfallen till andra yrkesgrupper, för att inte riskera att enbart behöva hantera tunga och svårbehandlade patienter.
2. De flesta av de tankar och teorier om allmänläkaryrkets innehåll och utformning och den forskning om samarbete och teamarbete, som presenteras i detta kapitel, har hämtats från den akademiska litteraturen. Den diskussionen berör sällan eller aldrig den praktiske utövaren av allmänläkaryrket. Ibland tycks det t.o.m. finnas en motsättning mellan forskare, akademiska lärare och medicinska debattörer å den ena sidan, och de som utför det praktiska hantverket, å den andra. Det saknas forskning på vad allmänläkare själva tycker är det centrala i deras uppdrag, och hur de ser på gränsdragningen mellan sina och andras uppgifter. Vidare skulle det vara intressant att ta reda på hur allmänläkare ser på teamarbete och hur de, som har praktisk erfarenhet av teamarbete, upplever att deras yrkesroll har förändrats och vilka fördelar och nackdelar det har medfört.
3. Allmänläkare tycks inte ha en lika etablerad position på den skala mellan bot och vård, som tidigare redovisats. Istället växlar allmänläkaren mellan olika uppgifter, varav några mer har karaktären av bot och andra mer av vård. På samma sätt som avdelningssköterskan, förväntas de även kunna koordinera vården för sina patienter mellan olika instanser, som specialistsjukvård, försäkringskassa och kommunal vård. Det skulle därför vara intressant att studera distriktsläkares inställning till samarbete/teamarbete och se om denna skiljer sig från t.ex. distriktsjuksköterskors.

4. Enligt flera moderna definitioner av läkares professionallitet, ingår det i att man skall kunna arbeta tillsammans med andra yrkesgrupper, i t.ex. multidisciplinära team. Frågan är då om det finns ett samband mellan professionallitet och en positiv attityd till samarbete med andra yrkesgrupper.
5. En av anledningarna till att teamarbete inte fungerar, antas vara att de flesta yrkesgrupper i vården är dåligt förberedda på att samarbeta med andra yrkesgrupper. Man kan tycka, att ökad träning i interprofessionellt arbete under studietiden borde kunna förändra medicinstuderandes attityd till teamarbete. Frågan är om gemensamma undervisningsmomenten för olika vårdstuderande och träningen i interprofessionellt arbete på särskilt inrättade vårdavdelningar kan påverka läkarstudenternas attityd till samarbete?

Allmänt, och helt oavsett vilka åsikter man för övrigt har i dessa frågor, verkar det saknas en seriös diskussion bland allmänläkarna om framtidens utmaningar och om nya strategier. Många hänvisar hellre till de gamla idealen med rötter från provinsialläkartiden. Den diskussion som ändå förs är från ett ganska ensidigt solipsistiskt perspektiv, som om man inte var beroende alla andra i sjukvården. I nästa avsnitt skall jag försöka närma mig en förståelse av vad det är som kan ligga bakom ett bristande intresse för att diskutera nya strategier.

Hinder

I förra avsnittet redogjorde jag för några förslag på olika strategier som skulle kunna underlätta allmänläkarnas vardag. Innan jag börjar sammanfatta delarbetena, skall jag i följande avsnitt försöka närma mig en förståelse av varför det inte förekommer mer av reflexion och diskussion om nya strategier och alternativa arbetsformer bland allmänläkarna. En anledning har antytts tidigare och finns i allmänläkararbetets tidsstyrda karaktär. Påbud från politiker och administratörer om ökad effektivitet i primärvården, räknat i antalet patientbesök, har också gett minskad tid och utrymme för reflektion.

För att underlätta min förståelse vände jag mig till den medicinsociologiska forskningstraditionen. Det var en överraskning att upptäcka att sociologer, filosofer och statsvetare ägnade så mycket tid, tankar och diskussioner åt den medicinska professionen. Tyvärr, verkar inte mycket av denna kunskap ha kommit dem som arbetar i den medicinska verkligheten till någon större del. Delvis kan det bero på de höga murar som av tradition skiljer de olika institutionerna åt, och delvis kan det ha att göra med att medicinen alltid har hävdats den biomedicinska kunskapen som sin speciella domän (Gieryn 1983).

Jag kommer att gå från ett makrosociologiskt perspektiv, d.v.s. försöka beskriva övergripande strukturer som professionens institutioner och organisation till ett mikrosociologiskt, som mer handlar om hur individer reagerar när de blir ifrågasatta eller ställs inför nya utmaningar.

Teorier om professionalism

Medicinen har under det senaste århundradet utvecklats till en av de mest ansedda professionerna, och samtidigt tilldelats lika mycket prestige och auktoritet som religionen en gång hade. Den saknar egentlig konkurrens och har fortfarande ett ganska gott anseende hos sin publik. Den har dessutom fått monopol på att definiera vad som är hälsa och sjukdom. För att förstå vad en profession är, hur den har utvecklats och fått sin position, kan det vara lämpligt att göra en tillbakablick i valda delar av medicinens historia. Jag har använt mig av Freidson (1988) som min huvudsakliga källa.

Läkarprofessionens historia

Fram till 1700-talet gick det en klar skiljelinje mellan de som ägnade sig åt den medicinska vetenskapen på universiteten och de som utövade den praktiska läkekonsten. En akademisk elit ägnade sig åt medicinsk teoribildning, obduktioner och att utveckla den medicinska vetenskapen. På 1800-talet utgjordes läkarna fortfarande av en liten elit, som i första hand betjänade

överklassen. Den praktiska läkekonsten var till för vanliga människor och utövades av lekmanmedicinare – vem som helst kunde kalla sig doktor. I början på 1800-talet hade de egentliga läkarna ännu ingen auktoritet som helare, utan byggde sin auktoritet på teoretiska och abstrakta kunskaper. Behandlingsmässigt hade man heller inte mycket mer än åderlåtning och laxering att erbjuda.

Under 1800-talet lades den första naturvetenskapliga grunden för medicinen och det egentliga genombrottet, menar Fredson, kom 1860 när man upptäckte att bakterier kunde orsaka mjältbrand. Det var första gången man fann en specifik orsak till en sjukdom, och det gav upphov till att man fortsatte att febrilt leta efter orsakerna till andra sjukdomar. Man genomförde en systematisk kartläggning av sjukdomarnas patologi och upptäckte vissa framgångsrika mediciner, vilket gav medicinen stark medvind. Även inom kirurgin, som tidigare inte hade tillhört den akademiska medicinen, gjordes stora framsteg med upptäckterna av anestesi och aseptiken, vilket innebar att flera sjukdomar kunde botas framgångsrikt med kirurgiska åtgärder. För första gången var chansen att läkarnas behandlingar skulle bota patienterna något större än fifty-fifty. Och för första gången kunde en tydlig gräns dras mot kvackarna, som inte varit lika framgångsrika med sina behandlingar. På 1800-talet bildades de första läkarförbunden och i början på 1900-talet fick medicinen officiell sanktion, genom att läkarna fick legitimation för att utöva yrket.

Genom framgångarna med att lösa många av de medicinsktekniska gåtorna fick läkarna genom legitimationen officiellt monopol på att utöva yrket. Men för att kunna locka till sig klienter måste utövarna kunna lösa de problem som klienterna sökte för, till skillnad från teoretikerna på institutionerna som ostört kunde ägna sig åt de abstrakta problemen. Fredson menar, att den medicinska professionen uppstod när den akademiska medicinen med rötter från medeltiden förenades med den praktiska läkekonsten i ett enda yrke. D.v.s. slogs samman med den praktik som hade utformats av häxmän, helare, kloka gummor, siare, präster, helbrägdagörare sedan tidernas begynnelse – och som fortfarande utövas i många s.k. ”primitiva” samhällen.

Från slutet av 1800-talet kom den medicinska professionen att dominera och utöva sin auktoritet över alla former av statligt godkänd läkekonst. Sjukvården alltmer karaktäriseras av arbetsdelning. Så kallade paramedicinare utförde sådana medicinska uppgifter som ordinerades men inte utfördes av läkarna själva. De var underordnade, hade lägre status och innehållet i deras utbildningar måste godkännas av läkarna. Medan läkarnas arbetsuppgifter var att initiera diagnos och behandling, var paramedicinarnas roll snarare att assistera läkarna. Bland paramedicinarna fanns samma hierarkiska ordning som präglade den övriga sjukvården, vilket avspeglas än i dag i könsfördelningen i de olika yrkesgrupperna och i rekryteringen från olika samhällsklasser till respektive yrken. Efterhand uppstod nya paramedicinska yrkesgrupper, t.ex. kuratorer och psykologer, för att tillgodose den stora efterfrågan på sjukvård och för att

läkarna inte hade möjlighet att möta alla behov. Kvackare och alternativmedicinare har alltid varit fristående från läkarna. Men ju mer autonom den alternativmedicinska professionen vid sidan om läkarnas har varit och ju mer deras uppgifter har överlappat på läkarnas domäner, desto större har sannolikheten varit för konflikter med läkarna.

Sjuksköterskornas historia

Eftersom intresset för samarbete med andra yrkesgrupper är en del av denna avhandling och sjuksköterskorna är den yrkesgrupp som står läkarna närmast, kan det även var intressant att helt kort beröra sjuksköterskornas historia. Motsvarigheten till våra sjuksköterskor var dåtidens systrar och nunnor, som på religiös grund vårdade fattiga och sjuka människor på särskilda inrättningar, som var föregångarna till våra sjukhus. Deras motiv var inte att vårda i första hand, utan att genom sin omsorg värva patienterna för kristendomen. De hade ingen egentlig utbildning för sin uppgift och arbetet var vanligen smutsiga och nedvärderat.

I och med Florence Nightingales religiösa uppenbarelse 1836, som sade henne att hennes livsuppgift var att hjälpa de sjuka på sjukhusen, blev sjuksköterskeyrket ett kall (Andersson 2002). Med kall menas att den kvinna som utbildade sig till sjuksköterska också kände att yrket var hennes livsuppgift och att det var det som hon var född till att göra. Sjuksköterskeyrket sågs som ett kall till långt in på förra seklet, bl.a. därför att det gav den borgliga kvinnan en möjlighet till en legitim plats på arbetsmarknaden. De som tidigare hade tjänstgjort som vårdare på sjukhusen, de s.k. sjukvakterna, hade främst rekryterats ur arbetarklassen. Nightingale ansåg, att det inte längre räckte att vara snäll och hjälpsam i största allmänhet, på samma sätt som de gamla sjuksystrarna hade varit för att utöva sjuksköterskeyrket, utan att en sjuksköterska skulle ha en särskild utbildning för uppgiften att ta hand om de sjuka. Själv ansåg hon att hon kunde få den bästa träningen för uppgiften genom att delta i kriget och vårda de sårade. Genom hennes erfarenheter och försorg etablerades senare sjuksköterskeskolor i anknytning till sjukhusen. Under utbildningen lades lika stor vikt vid de praktiska färdigheterna, som vid den blivande sjuksköterskans karaktär. Nightingales målsättning var, att sjuksköterskan skulle underordna sig läkarnas auktoritet och lyda deras order. Ingen uppgift i sjukvården skulle utföras utan den först hade ordinerats av en läkare. Freidson hävdar, att genom sjukvårdens tekniska arbetsfördelning blev vården hädanefter underställd medicinens dominans.

I USA blev sjuksköterskornas autonomi erkänd genom statlig legitimation i början på 1900-talet. Svenska sjuksköterskor fick sin legitimation först 1952. Den ursprungliga beskrivningen, av sjuksköterskeyrket som ett kall medförde att man inte kunde göra samma anspråk på lön och autonomi som läkarna. Trots

det utvecklades sjuksköterskeyrket alltmer från att ha varit en utpräglad tjänstgöring vid sjukbädden, till att syssla med handledning och utbildning. Under sjuksköterskorna uppstod en ny arbetsdelning med parasjuksköterskor, som t.ex. undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Sjuksköterskornas praktikförankrade yrkesutbildning vid sjukhusen flyttades till högskolor och universitet och akademiserades och man började alltmer ifrågasätta rollen som assistenter till läkarna. Man ville inte längre ensidigt följa läkarnas ordinationer och började ställa krav på frigörelse och ökad självständighet. Freidson menar att sjuksköterskorna i sin längtan efter autonomi och erkännande kom att distansera sig från patienterna och från den patientnära vård, som hade varit Nightingales mission. Genom att efterlikna läkarna försökte sjuksköterskorna erövra medicinskt revir från läkarna, men eftersom det var på läkarnas stadfästa domän var den vägen stängd. Istället utvecklades sjuksköterskorna till en sorts b-doktorer, som kom att utföra de enkla medicinska rutinuppgifter som läkarna inte längre ville ha (Radcliff 2000). Genom att ägna sig åt administration kunde sjuksköterskorna dock hitta en egen nisch och frigöra sig från läkarnas hegemoni¹.

Profession

Enligt Freidson finns det flera definitioner på vad en profession är, men det centrala och det som är gemensamt för dem alla är att en yrkesgrupp har autonomi, d.v.s. att man har en legitimerad kontroll över sitt arbete. Graden av frihet, status, politiskt och organisatoriskt inflytande kan variera från land till land (jämför t.ex. situationen för läkarna i forna öststaterna och USA). En profession har dessutom god hjälp av en utbildningsinstitution, som genererar en abstrakt teori och kunskap som gör intryck på omvärlden. Att kunna hänvisa till den abstrakta kunskapen underlättar när man skall förhandla om status och privilegier och övertyga statsmakterna om sin värdefullhet och tillförlitlighet. En professionens autonomi är heller inget givet; genom förhandlingar och politisk övertalning gäller det att övertyga politiker och befolkning om att professionen måste garanteras en självreglerande autonomi för att kunna utträtta sitt uppdrag.

Experter inom olika s.k. manschettyrken utvecklar en speciell strukturell och kulturell form av yrkeskontroll, menar Abbot (1988). Denna strukturella form kallas profession och består av organisationer för sammanhållning, kontroll och arbete. Professionerna legitimerar sin kontroll i kulturen genom att knyta sin expertkunskap till allmänna och legitima kulturella värden som gör dem mer värdefulla ur rationalitets-, effektivitets- och vetenskapliga aspekter. I en professions begynnelse finns ofta en ambition att hålla inkompetens borta från yrket. Det kan leda till konflikter mellan de unga yrkesutövare som just fått den

¹ Svenska sjuksköterskor har hävdad sin självständighet mer genom ämnet omvårdnad än med administration (Kerstin Segesten, pers. med.)

senaste formella utbildningen och äldre yrkesutövare med lång yrkeserfarenhet. Under professionens mognadstid skapas därför regler, som skall förhindra sådana inre stridigheter och för att skydda kunderna mot charlataner. Sådana regler hotar på sikt att stelnas till formella etiska koder.

Det som särskiljer läkarprofessionen från andra yrkesgrupper i sjukvården, är dess särställning inom sjukhusbyråkratin. I ett vanligt företag finns normalt en hierarkisk ordning med VD, chefer, förmän o.s.v. Besluten som tas på en högre nivå effektueras sedan på en lägre. Även civilingenjörer är trots sin expertstatus underställda sina chefer. De förväntas inte motsätta sig en överordnades beslut eller blanda sig i hur andra yrkesgrupper sköter sitt arbete på företaget. Läkarna däremot står vid sidan av i den traditionella hierarkin och kan, i egenskap av sin medicinska expertis, motsätta sig de beslut som tas på chefsnivå även om de är formellt underställda sina chefer¹ (Parson 1964, Glouberman 2001, Freidson 1988). Trots att läkarna inte har kontroll över vare sig sjukhusets ekonomi, administration eller regelverk, har de ändå stora möjligheter att påverka sjukhusets bemanning och tekniska utrustning. I medicinska akut- och nödsituationer går läkares beslut och order alltid före allt annat, eftersom det kan handla om frågor om "liv eller död". Och endast läkarna som kan definierar när så är fallet. Det yttersta medicinska ansvaret och de livsavgörande dimensionerna ger alltså läkarna tolkningsföreträde i de flesta situationer. Detta förhållande genomsyrar de flesta vårdideologier oavsett om dessa är typiskt hierarkiska, som på en kirurgisk vårdavdelning, eller mer "jämlika", som på en psykodynamisk inriktad terapiavdelning.

Problemet med tillämpad kunskap

Freidson beskriver alltså läkaryrket som en kombination av den teoretiska och abstrakta kunskap som genereras på de medicinska institutionerna, och den praktiska läkekonst som tillämpas i läkarnas vardagsarbete. Fördelen med en sådan konstruktion är att den ger läkarna auktoritet och mandat att uttala sig i frågor som rör sjukdom och hälsa, genom att de kan hänvisa till naturvetenskapliga fakta. Problemet är å andra sidan, att avståndet mellan den teoretiska och den praktiska medicinen är ganska stort, och att många av universitetssjukhusens vetenskapliga upptäckter aldrig kommer att tillämpas ute på fältet i den medicinska praktiken². Den verklighet som Freidson beskriver är 1960-talets USA där praktiker utövade sitt yrke i enskildhet, fria från andras insyn och kontroll, på privata enmansmottagningarna. Men de flesta svenska allmänläkare

¹ Sjuksköterskorna däremot hamnar ofta, som tidigare har påpekats, i en medlande situation mellan administrativa chefer och läkare. Dessutom får de ofta även en medlande roll mellan läkarnas beslut och patienternas önskemål. Deras möjligheter att utveckla sina organisatoriska förmågor är därmed väl tillgodosedda.

² Ett exempel är överförskrivningen av psykosmediciner till demenssjuka, som nyligen fått sådan uppmärksamhet i pressen.

arbetar också i enskildhet, utan vare sig intern eller extern granskning, trots att de är anställda på grupp-mottagningar.

Kathryn Montgomery (2006) konstaterar, att mycket lite av den praktiska medicinen baseras på vetenskap, även om många läkare gärna vill tro det. Medicinen är varken en vetenskap eller en teknik, även om den tar hjälp av båda. Praktisk läkekonst handlar snarare om en klinisk bedömningsförmåga och att i från fall till fall kunna applicera den medicinska kunskapen.

Det verkar logiskt att i en yrkesgrupp som utger sig för att basera sin praktik på naturvetenskapliga fakta, så borde de flesta yrkesutövares praktik se ungefär likadan ut. Ändå kan det se helt olika ut mellan olika utövare. Många av de vetenskapliga resultat, som genereras på universitet och FoU-enheter eller som uttalas i konsensus mellan olika experter på området, har svårt att nå ut på fältet (Mölstad 2003). Eftersom många läkare sätter *sina* patienters bästa i första rummet, tycks även ambitionen att koordinera sin praktik med hur andra gör saknas hos bland många utövare. Då det saknas en gemensam målsättning att kunna erbjuda alla patienter i vården de bästa och mest beprövade behandlingsmetoderna, finns det heller inget nätverk, diskussion och intresse för att den vetenskapliga och evidensbaserade kunskapen skall nå ut och omfattas av alla i yrkeskåren (Nordenström 2003).

Läkare vill göra gott¹ och hoppas givetvis att deras behandlingar skall göra patienterna bättre. Patienten som söker en läkare har också en förhoppning om att den de vänder sig till skall kunna bota dem eller ta bort det onda. Eftersom man kan anta att en stor del av en behandlings effekt kan tillskrivas den s.k. placeboeffekten², kommer troligen de flesta patienter att känna sig lättade eller förbättrade efter en konsultation. Nästa gång patienten söker får läkaren indikation på att den behandling som han eller hon ordinerade vid det förra söktillfället inte var misslyckad – patienten kom ju tillbaka. Patienten hade säkerligen sökt hos en annan läkare om han varit missnöjd med behandlingen. Det sker således en selektion av nöjda patienter hos respektive läkare, som får bekräftelse på att just deras behandlingsmetoder är framgångsrika. Vilket inte är samma sak som att deras behandlingsmetoder överensstämmer med kollegornas eller med de vetenskapliga sanningarna. Läkarnas praktik bygger alltså i första

¹ Dessutom är det varje läkares huvuduppgift att finna sjukdom, även om den inte alltid finns där. Många människor får medicinska diagnoser för vilka det inte finns några vetenskapliga belägg, t.ex. alkoholism eller hyperaktivitet, även kallade symtomdiagnoser. Jämför med vad som sades i första kapitlet.

² Vad som avses här är den *dubbelblinda placeboeffekten*, där både behandlare och behandlad tror på den goda effekten av en behandling. Den *enkelblinda placeboeffekten*, som förutsätter att behandlaren är en neutral vetenskapsman som delar ut sockerpiller till sina intet ont anande patienter, är kanske den betydelse som de flesta läkare vill lägga i begreppet, eftersom man inte gärna vill tillstå att man lurar sig själv. En del författare talar hellre om *specifik behandlingseffekt* (SBU 1999).

hand på deras egna erfarenheter och sunt förnuft, menar Freidson, vilket förklarar varför läkare utreder och behandlar så olika. Det kan även vara orsaken till varför man är så rädd för insyn och yttre granskning. Det som fungerar i den egna praktiken är också sant och behöver inte samordnas med eller ifrågasättas av andra.

När läkare blir ifrågasatta eller skall markera sina gränser mot andra yrkesgrupper, hänvisar de gärna till de abstrakta naturvetenskapliga kunskaper de tillägnat sig under sin utbildning eller till de viktiga medicinska upptäckter, som gjorts på fältet under medicinens historia. I den medicinska världen framhävs dessa upptäcktsmän gärna som ideal för yrkeskåren¹. Många viktiga medicinska upptäckter har visserligen gjorts av enskilda praktiker, men mot bakgrund av hela den medicinska historien har de ändå varit få, hävdar Freidson. Många praktiker känner en stolthet över att basera sin kunskap på praktisk erfarenhet och på så sätt särskilja sig från den akademiska forskaren, som antas sakna tillräcklig kontakt med verkligheten. Den enskilde praktikerns erfarenhet och kunskap får en sådan dignitet att den inte kan ifrågasättas. Följden blir att självregleringen inom läkarkåren är låg. En enskild yrkesutövare måste avlägsna sig väldigt långt från de gängse behandlingstraditionerna, eller utgöra en fara för patienterna, innan han eller hon kan stängas av från yrket. När en läkare anses olämplig eller gör något fel i sin yrkesutövning, är en vanlig reaktion bland kollegor att undvika personen ifråga eller förhindra att ens egna patienter kommer i kontakt med honom eller henne. Det naturliga hade varit att konfrontera läkaren för att ge denne möjligheter att öppna upp för insyn och granskning – för patienternas bästa och för professionens trovärdighet. Idag har en läkare i första hand ansvar för *sina* patienter och har ingen del i yrkesgruppens gemensamma ansvar för patienterna.

Det är inte på vad som sägs eller vad man har för avsikter, menar Freidson, utan vad som görs i praktiken, som en professions hela auktoritet och status måste grunda sig på. Det hjälper inte att man har goda intentioner, som säger att man baserar sin praktik på vetenskapliga fakta eller att man har antagit en etisk kod som stipulerar ett visst förhållningssätt, när dessa inte följs i praktiken.

Sammanfattningsvis, så karaktäriseras en profession av autonomi och det är naturligtvis i varje professions intresse att öka sin autonomi. Det ger inte bara professionen ökad makt och status, utan även i viss mån ett oberoende av den politiska makt som omger den. När en profession har blivit tillräckligt stor kan den få en organisatorisk autonomi, som innebär att den kan undgå konkurrens och hot från andra yrkesgrupper. Är det en dominerande profession har den inflytande över angränsande yrkesgrupper, som ingår i arbetsdelningen i en organisation. Den kan t.o.m. ha rätt att utvärdera de andra yrkesgruppernas

¹Enligt Machado (2008) en av de ritualer som används för att omdefiniera verkligheten och för att lösa den kognitiva dissonans, som uppstår när man blir ifrågasatt utifrån.

insatser. En autonom profession utbildar själv sina medlemmar. Den har en egen självstyrande utbildningsorganisation, den är segregerad från andra utbildningar och den är befriad från yttre inblandning. En profession som har rätt att avgöra vilka som är sjuka eller inte sjuka, styr dessutom över sina klienter. En autonom profession karaktäriseras slutligen, enligt Freidson, av suverän isolering och frihet från insyn från angränsande yrkesgrupper, vilket även innebär att den är befriad från kontakt och dialog med andra yrkesgrupper.

Problemet med allt för stor autonomi är att det bildas självtillräckliga institutioner, menar Freidson, som bidrar till att bevara professionens föreställning om att dess kunskaper är pålitliga och objektiva, och att dess verksamhet bygger på medlemmarnas moraliska egenskaper. För mycket autonomi gynnar en misstänksamhet mot andra professioners tekniska kunskaper och moraliska disposition och ibland en paternalistisk eller t.o.m. föraktfull attityd mot klienterna. För mycket autonomi utgör visserligen ett skydd för den egna professionen, mot krav på samarbete med utomstående på en fri och jämställd bas, men det förhindrar samtidigt självreglering och granskning av den egna verksamheten. Följaktligen skulle för mycket autonomi kunna vara ett hinder för en anpassning till nya utmaningar.

Kampen mellan professionerna

Enligt Abbot finns det många teorier om professionalisering – funktionalistiska, historiska, evolutionära – som alla reducerar betingelserna till enkla självintressemodeller (1988). Freidson teorier skulle kunna räknas till en av dem. Abbot menar, att man måste se läkarprofessionen som en del i ett system av professioner, i vilket det ständigt pågår en allas kamp mot alla om territorier, auktorisation och erkännande från stadsmakten och publiken – och utgången är inte en gång för alltid given. När en professions rättigheter över ett område försvinner, av olika anledningar, tar någon annan över och endast en rådgivande funktion kvarstår då för den ursprungliga innehavaren – som t.ex. för prästerskapet.

För hantverkare gäller att kontrollera hantverket/tekniken. För professionerna handlar det om att kontrollera det abstrakta system av kunskaper som sedan styr tekniken – de tekniska rutinuppgifterna kan dessutom delegeras till andra. Genom att omdefiniera problem och uppgifter kan man försvara dem mot inkräktare. Man kan även överta nya uppgifter genom att införliva dem i det egna abstrakta kunskapssystemet, så som man gjort inom medicinen med alkoholism, hyperaktivitet, mental sjukdom och fetma, som förvandlats till sjukdomar och hörande till läkarnas territorium. Det är genom abstraktioner man kan överleva i kampen mellan professionerna, hävdar Abbot.

Professioner är relativa entiteter eftersom graden av abstraktion, som alltså är nödvändig för överlevnaden, varierar med tid och plats i professionernas system. Socialt arbete och sjuksköterskors utbildning t.ex. har hamnat på högskole- och universitetsnivå. Sedan de stora statliga sjukhusen hade byggts och inkomsterna garanterades genom statliga och privata försäkringsbolag, blev medicinen vid mitten av 1900-talet den mäktigaste och mest framstående av alla professioner och väckte avund hos alla. Men man var tvungen att försvara sina ställningar längs många gränser, för att få absolut kontroll över kroppens sjukdomar, och den diffusa gränsen mellan kroppsliga och själsliga krämpor är svårförsvarad.

Psykiatrin kunde t.ex. erövra nya domäner, genom att hävda att många av juridikens och kriminalvårdens brottslingar var mentalt störda eller sjuka och inte kunde tillmätas eget ansvar för sina handlingar. Den tog sig även an nya territorier, så som alkoholism, missanpassning och låg produktionstakt inom industrin¹, äktenskapsproblem, i konkurrens med präster, jurister, psykologer och socialarbetare. För att kunna ta hand om alla som ville gå i psykoterapi i början på 1970-talet, var man tvungen att ge plats för psykologer och socialarbetare.

Professioner uppstår, växer, minskar och försvinner i ett sammanhang och i konkurrens med andra aktörer. För att bedöma en professions styrka måste man ta hänsyn till dess kunskapssystem, abstraktionsförmåga och möjligheter till att definiera gamla problem på nya sätt, menar Abbot. Abstraktionsförmågan är nyckeln till framgång; exempel var psykiatrins förmåga att med hjälp av Freuds teser abstrahera psykiska problem till neuroser, och medicinens förmåga att inordna allehanda typer av avvikelser i sina sjukdomsmetaforer.

Den professionella praktiken innehåller tre moment; att klassificera ett problem, att reflektera över det, och att agera. Eller med andra ord; diagnostisera, dra slutsatser och behandla.

Det *diagnostiska systemet* får inte vara för logiskt, entydigt och konsekvent, menar Abbot, eftersom det då kan tas över och användas av andra professioner. I det medicinska diagnos- och klassifikationssystemet finns det t.ex. många abstrakta generaliseringar, som gör det oöverskådligt, inkonsekvent och obegripligt för en utomstående; orsaks- och organdiagnoser blandas med symtomdiagnoser, exakta och väldefinierade diagnoser blandas med mer diffusa och svårbestämda, som "ledvärk", "ångestneuros" o.s.v. Det finns heller inga absoluta och av alla accepterade gränser för när man skall ställa många av diagnoserna, som med hypertoni- och depressionsdiagnoserna. Endast läkare anses besitta den esoteriska slutledningsförmåga och ha tillräckliga teoretiska kunskaper för att ställa så otydliga diagnoser. Eftersom diagnossystemet är så

¹ T.ex. Mindus mentalhygienkampanj (Mindus1968).

komplikerat, godtyckligt och ologiskt är det svårt för en utomstående att granska och ifrågasätta det, annat än av dem som tillhör professionen.

På samma sätt som med diagnoserna förhåller det sig med *behandlingen*, menar Abbot. Olika sjukdomstillstånd får ofta likartade och ibland godtycklig behandling; smärtmediciner, lugnande besked, råd om motion eller vila, remiss till sjukgymnast, eventuellt antidepressiva o.s.v. Många enkla och entydiga diagnoser har tagits över av sjuksköterskor, t.ex. på särskilda infektionsmottagningar. Även andra yrkesgrupper har tagit över behandlingen av många triviala tillstånd. Men för övrigt får det inte finnas för klara och logiska samband mellan diagnos och behandling, eftersom behandlingen då skulle kunna tas över av andra yrkesgrupper, eller t.o.m. av datorer – datorer har f.ö. visat sig kunna göra mer träffsäkra EKG-tolkningar än erfarna kardiologer.

Abbot hävdar vidare, att den tredje förutsättningen för en professions existensberättigande är dess förmåga till *slutledning*. Slutledning behövs speciellt när kopplingen mellan diagnos och behandling inte är entydig och klar. Läkarens slutledningsförmåga, som alltså bygger på abstrakt kunskap, handlar om att kunna utesluta olika alternativa möjligheter. Eftersom riskerna med att missa ett tillstånd i de flesta fall inte är så stora, kan man ge olika diagnoser och behandlingsmetoder en chans när man står inför ett sjukdomstillstånd där man inte har en klar diagnos – utom vid akuta medicinska tillstånd. T.ex. kan man inleda en behandling med höga doser kortison för att se om det hjälper. För många sjukdomstillstånd saknas det en medicinsk förklaring och för att dessa tillstånd inte skall tas över av andra yrkesgrupper, gäller det att uppfinna en medicinsk orsak (en s.k. medicinens svarta låda) för att inte stå svarslös inför t.ex. alternativmedicinare, som ofta har någon, om än ”ovetenskaplig” förklaring till tillståndet. Under en period kunde de flesta tillstånd förklaras med virus och så kan det fortfarande vara på många mottagningar, där människor söker för svårdiagnostiserade tillstånd. Idag talas det mycket om genetiska orsaker till många avvikelser, t.ex. mäns förmåga att klara stabila relationer. Sådana diagnoser, behandlingar och medicinska förklaringar får aldrig tillåtas att bli etablerade till en sådan grad att de förvandlas till rutin, eftersom rutiner blir banala och lätt kan tas över av andra. För att försvara sig mot intrång från andra professioner, handlar det således om att balansera mellan konkretion och abstraktion. För hög grad av abstraktion, för mycket spekulerande och avsaknad av konkreta resultat väcker omgivningens misstankar och minskar professionens existensberättigande.

En förutsättning för en professions överlevnad är, enligt Abbot, en statlig legitimation som förhindrar att man blir ifrågasatt och attackerad utifrån. Det behövs vidare en akademi som kan förse professionens yrkesutövare med nya behandlingar, diagnoser och teorier. Det akademiska innehållet är alltid det som man i första hand lyfter fram inför sin publik och i debatter, eftersom det är mer oåtkomligt för andra och således svårare att angripa. Praktiken däremot, kan

lättare läras ut och tas över av andra. Slutligen behöver professionen ett undervisningssystem för att själv kunna utbilda och instruera sina medlemmar.

En dominerande profession kan även avvärja yttre hot genom arbetsdelning, menar Abbot. Professionens kärnverksamhet kan förbli ohotad om praktiska och rutinartade uppgifter överförs till underordnade yrkesgrupper. Det ger även professionen en chans att fördela arbetsuppgifterna, när efterfrågan blivit för stor för att klaras av en enda yrkesgrupp. Professionen avlastas arbete och kan samtidigt behålla kontrollen och tolkningsföreträdet. Det är viktigt att gränsen mot de underordnade arbetsgrupperna markeras tydligt, t.ex. genom olika attribut som språk, stil, klädsel, ritualer, etc., för att undvika farliga förväxlingar, speciellt inför publiken. Man kan även undanhålla viktig information från andra yrkesgrupper och undvika att blanda in dem för mycket i de diagnostiska eller behandlingsmässiga övervägandena, med hänvisning till att det saknar relevans för andra än de initierade. Problem kan förstås uppstå när man arbetar i team, eftersom man då kan tvingas använda ett mindre mystifierande språkbruk, avslöja sin egen osäkerhet och okunskap och öppna upp för mer jämlika diskussioner. Ofta visar det sig att de andra i teamet mycket väl förstår och kan delta på ett fullvärdigt sätt i diskussionerna, även om de av ren hänsynsfullhet inte vill visa det för öppet (Farrell et al. 2001).

Trots den ständiga konkurrensen mellan professionerna så kan ingen profession överleva utan ha stöd från politiker och klienter. Är kunderna inte nöjda och vill ha produkten så hjälper vare sig abstrakta teorier eller akademisk kunskap. En dominerande profession, menar Abbot, kan endast vara så mäktig som deras klienter tillåter den att vara. Det har den medicinska professionen också fått erfara under de senaste decennierna, efter att ha varit en av de mest mäktiga och inflytelserika professionerna under slutet av 60-talet. Medicinen hotas idag från flera håll; från politiker, administratörer och paramedicinare. Den medicinska professionen även till stora delar förlorat mycket av ledarskapet och den administrativa kontrollen över sin verksamhet och tvingats in i en byråkratisk modell, som nämndes i första kapitlet.

Allmänmedicinens kamp för existensberättigande

Armstrong (1979) knyter an till Abbots tema i sin beskrivning av allmänmedicinens kamp för erkännande inom den medicinska professionen. I början på 1900-talet hamnade allmänläkaren i skymundan under sjukhusmedicinens framväxt och var vid denna tidpunkt både underordnad patienterna för sin ekonomiska överlevnad och de dominerande sjukhusläkarna. Allmänläkaren hade ett bedside-medicinskt perspektiv och deras vardag karaktäriserades av entreprenörskap, glesbygdsproblematik, isolering och beroende av sjukhusmedicinens kunskaper. Allmänmedicinen rörde sig i det

vardagliga och profana fältet, medan sjukhusmedicinens ägnade sig åt de ”heliga” och glamorösa delarna av medicinen.

Allmänmedicinarens samhällsroll, menar Armstrong, påminde om krämarens eller affärsinnehavarens vilket också kom att präglade allmänläkarens ideal. Man hävdade sitt oberoende gentemot andra aktörer ovanifrån, tog avstånd från samhällets legala, rationella och byråkratiska aspekter, aktade sig för kontroll och inblandning utifrån och visade skepsis mot alla typer av planerad yrkesverksamhet, vårdprogram o.d. Allmänläkaren var traditionalist, ogillade förändringar och vurmade för stabilitet och kontinuitet. Oberoendet och självständigheten gav arbetstillfredsställelsen och bidrog till att man kunde uthärda långa och svåra arbetsdagar.

Efter första världskriget stärktes sjukhusmedicinens position ytterligare och naturvetenskaplig kunskap och metodik kom alltmer att tillämpas i den medicinska behandlingen. Det var sjukhusen som producerade den väsentliga medicinska kunskapen, och som kontrollerade och konstruerade den medicinska verkligheten. Allt fler allmänläkaruppgifter försköts till sjukhusen, allmänmedicinen fick allt lägre status, och man började ifrågasätta om allmänläkarnas behövdes. Ekonomiska reformer bidrog till att öka avståndet mellan den öppna och slutna vården. Allmänläkarnas praktiska kunskap, som var ”kontaminerad” av mötet med verkligheten och den vanliga människans diffusa problem, ansågs stå i ett motsatsförhållande till den ”rena” medicinska kunskap som tillämpades på sjukhusen. Allmänmedicinen betraktades som ett hot, menar Armstrong, mot den abstrakta klassifikationen av sjukdomarna, den s.k. sjukdomarnas nosologi som pågick i sjukhusvärlden.

Så småningom kom allmänläkarna att se på sig själva med sjukhusläkarnas ögon och började subspecialisera sig på vårdcentralerna i ökad utsträckning, i sin längtan efter riktigt sjukhusarbete. Allmänläkarna började själva dela upp sina patienter i legitima och icke-legitima fall, och klagade över att de i allt för hög grad fick ägna sig åt trivialiteter och oväsentligheter. Bland allmänmedicinare påbörjades en utdragen diskussion om allmänmedicinens roll och man frågade sig vad allmänmedicin egentligen var. Den diskussionen är ännu inte avslutad.

Royal College of General Practitioners¹, RCGP, bildades 1953 i England, samtidigt som allmänläkarna började återta en del av initiativet i diskussionen.

¹ Utvecklingen gick betydligt långsammare i Sverige. 1958 kom ett förslag på att man skulle ersätta provinsialläkarna med öppna mottagningar bemannade med sjukhusspecialister, även om det aldrig realiserades i praktiken. Provinsialläkaryrket ansågs oglamoröst och ratades bland läkare på 60-talet. 1968 bestämde man sig dock för att satsa på den öppna vården, utanför sjukhusen. 1972 inrättades de första distriktsläkartjänsterna. 1978 lanserades HS 80 som innebar en ny satsning på en primärvård som skulle stå för helhetssyn, primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet o.s.v. (Swartling 2006).

Allmänläkarna ville nu inte längre behandla patienters symtom som trivialiteter eller indikatorer på patologi, utan började betrakta symtomen som en del av patologin i sig självt. Patienterna var inga ”maskiner” eller fall som skulle fixas av läkarna, utan människor med sjukdomar. Sjukhusen stod ändå maktlösa inför många av sjukdomarna och dess framgångar hade inte sträckt sig längre än till att kunna diagnostisera och bota ett fåtal organiska sjukdomar. Man började betrakta sjukhusen som en teknisk hjälpfunktion för allmänläkaren och för de behandlingsbara sjukdomarna.

I och med att Michael Balint skrev sin bok ”Läkaren, sjukdomen och patienten”, som publicerades för första gången 1952, lanserades *den biografiska medicinen*. Den biografiska medicinen satte patienten i centrum för det medicinska problemet. Enligt Balint (1978) måste läkarens blick riktas lika mycket mot patientens biografi och miljö, som mot kroppens inre organ och deras patologi. Den biografiska medicinen innebar patientcentrering, patientdefinierade problem och en kontinuerlig medicinsk kontroll av det osäkra. Det som karaktäriserade en allmänläkare var hans eller hennes intresse för människan i första hand och inte för patologin eller fysiologin. Det förnekades inte att sjukhusmedicinen hade en viktig uppgift, men dess roll var i första hand att tillhandahålla ett hjälpande verktyg i allmänläkarens sammansatta uppgift.

Från mitten av 60-talet förändrades allmänläkarnas diskurs ytterligare, enligt Armstrong, och man började framhäva allmänläkarnas centrala roll för att undvika överdiagnostiserande och onödigt medicinsk behandling i sjukvården. Allmänläkarna kunde ta emot patientens problem direkt så som det presenterades för doktorn, och skydda patienterna från specialisternas onödiga och ”farliga” behandlingar. Genom remissförfarandet kunde allmänläkarna kontrollera sjukhusens arbete, och tillsammans med patienten avgöra vilken av sjukhusets medicinska expertkunskap som var väsentlig, vilka råd som var värda att lyssnas på, o.s.v.

Med Abbot skulle man kunna säga att allmänläkarna, som var på väg att utplånas under 60-talet, lyckades skapa ett territorium där de var suveräna och kunde avvärja hoten från sjukhusmedicinen och angränsande professioner. I den biografiska medicinen eller i skärningspunkten mellan sjukdomen och människans livshistoria fick allmänmedicinen sitt existensberättigande. Alla organisatoriska idéer som innebär att detta område skulle kunna tas över av andra yrkesgrupper är således att betrakta som ett potentiellt hot mot allmänmedicinens existens och kan betraktas med skepsis.

Läkarutbildningens bidrag

Lika viktigt som det är att beskriva läkarprofessionens historia och nuvarande organisation för att förstå läkarnas inställning till förändring och nya

arbetsmetoder, är det att undersöka hur läkarutbildningen bidrar till att etablera och vidmakthålla läkarnas självbild och attityd till andra yrkesgrupper i vårdorganisationen.

I sociologiska sammanhang använder man begreppet professionalisering för att beteckna studenters socialisering in i yrkesrollen (Haas & Shaffir 1982a). Professionalisering innebär att man utvecklar ett engagemang för och identifierar sig med sitt blivande yrke. Under processen kommer studenternas lojalitet att successivt förskjutas från patienterna till kollegorna. De kommer att få rutin och utveckla en distans till arbetet, genom att skaffa sig de formella kunskaper och färdigheter som behövs för att kunna göra kompetenta bedömningar. Men eftersom den kliniska vardagen är oförutsägbar, full av tvetydigheter och motstridiga krav, som t.ex. när man roterar mellan olika avdelningar och kliniker med olika rutiner, är det svårt att alltid veta vad man behöver kunna. Många studenter känner sig därför osäkra och tvingas upprätthålla ett sken¹ av kompetens (Haas & Shaffir skriver att studenterna omger sig med en ”slöja” av kompetens). Spelad kompetens ingår naturligtvis inte i de vanliga definitionerna av professionalism².

Under de prekliniska åren måste studenten passera vissa offentliga initiationsakter, även kallade *rites de passage*, i sin socialisering in i yrket. Dessa riter kan bestå av förödmjukelser, kränkningar, prov och rituella prövningar, som måste klaras innan man kan bli upptagen i gemenskapen (Sinclair 1997). Exempel på sådana episoder är laborationer på djur, dekapitering av grodor och dissektioner av människolik, vilka innebär att studenterna tvingas sätta sig över sina känslor av tveksamhet och olust. I och med att kroppar eller försöksdjur som man har framför sig, förvandlas till ett objekt för studium och manipulation påbörjas en separation av själen från kroppen, enligt Conrad (1988). Samtidig börjar studenterna att göra sina första kroppsundersökningar. I en plötsligt påtvingad intimitet med patienterna tvingas studenterna att sätta sig över de barriärer av respekt, som normalt brukar finnas människor emellan och en avpersonifiering av patienten inleds.

Den kliniska tjänstgöringen är egentligen en form av lärlingsskap. Vad man lär sig under handledning är nu viktigare än själva bakkunskapen. Under denna period går många studenter med en känsla av att inte ha tillräckliga kunskaper och en ständig rädsla för att avslöjas. Ett avslöjande kan t.ex. komma under den

¹ Med Goffman (1967) skulle man kunna säga att studenten i och med professionaliseringen tillägnar sig en fasad eller ett ”ansikte”, som sedan skall upprätthållas genom en balansgång mellan olika överväganden och i interaktion med andra människor (s.k. ”face-work”). Målsättningen för interaktionen är att alla skall få som de vill, utan att någon skall behöva ”förlora ansiktet” – om nu inte det är avsikten.

² För en närmare beskrivning av vad som bör ingå i läkarnas profession, se Members of the Medical Professionalism Project (2002).

kliniska ronden, en av flera ritualer inför publik, där studenten plötsligt och oväntat kan få frågor om sjukdomar, behandlingar och de senaste medicinska rönen om någon sjukdom. Svarar man fel kan man förvänta sig att få omedelbar kritik och tillrättavisning, eftersom kritik är mycket vanligare än positiv feedback under läkarutbildningen (Driessen et al. 2008). Under den kliniska tjänstgöringen presenteras läkarstudenten ofta som ”doktor” för patienterna, utan att formellt vara doktor. De börjar identifiera sig med doktorsrollen och särskilja sig från andra yrkeskategorier i sjukvården. Under utbildningen konfronteras studenterna ständigt med människors smärta, lidande och död, men eftersom de är så upptagna av sin ambition att bli accepterade som doktorer kan det vara svårt att ta till sig patienternas nöd. Distanseringen ökar och studenterna kommer efter hand att inta en saklig, distanserad och ”professionell” attityd till patienterna. Haas & Shaffir (1982b) menar att de prövningar studenterna utsätts för under studietiden är avsedda att träna den blivande läkaren i att kunna hantera sin osäkerhet, utan att visa den utåt.

Hochschild (1979) skulle beskriva studentens strävan efter att känna sig som doktorer, som ett *emotionellt arbete*. Likaväl som tankar är möjliga att påverka för att de skall passa in i den situation som man befinner sig i, kan känslor anpassas till den roll som skall spelas upp. När känslor inte är kongruenta med rollen uppstår emotionell dissonans. Läkarens olika attribut som den vita rocken, stetoskopet, det medicinska språket, etc. är hjälpmedel för att försätta sig i ett emotionellt tillstånd som doktor.

Studenten har två mål, menar Haas & Shaffir (1982a); det första är att lära sig vad som krävs för stunden för att klara prov o.s.v., och det andra är att lära sig det som behövs för att klara arbetet som färdig doktor. Eftersom den kunskapsmassa som presenteras för studenterna under studietiden är i det närmaste oändlig, kan de omöjligen lära sig allt. Studenterna utvecklar därför metoder för att kunna prioritera och lista ut vad deras lärare och handledare kräver av dem (Becker et al. 1961). Man talar om att det finns en dold läroplan, som går ut på att lära sig selektivt och på att lära sig spela en roll för att kunna hantera blandade, tvetydiga och tidvis omöjliga förväntningar (Hafferty 2006). Den dolda läroplanen förmedlas ofta mellan studenterna. För läkarstudenterna är det således viktigt att kunna visa sina lärare och handledare att man tillägnat sig den kompetens som förväntas. Goffman (1967) menar att människor investerar i en bild av sig själva, som värderas i kommunikationen med andra. Genom att lära sig selektivt och ge ett sken av kompetens, kan man styra det intryck som andra skall få. När individer är osäkra på vad de förväntas ha för kunskap och hur kunskapen skall tillämpas, skyddar de sig själva genom att på olika sätt avvärja andra från att forska vidare i deras okunskap. Ett sätt är att ta initiativet och prata på för att ge andra intryck av att man besitter kompetens (Haas & Shaffir 1982a).

Att sätta sig in andra yrkesgruppers kompetens och att lära sig arbeta i team anses av förklarliga skäl inte tillhöra det som man absolut måste kunna – det gäller att hushålla med sina resurser. Medicinsk psykologi och sociologi brukar heller inte prioriteras högt av läkarstuderande (Sinclair 1997). Det kunde man visa efter att ha intervjuat medicinstuderande på MacMasteruniversitetet i Canada där en alternativ medicinareutbildning med inslag av grupparbeten, problembaserad inläring och inga betyg, pågått sedan 1960 (Haas & Shaffir 1982a). Studenternas högsta prioritet var att ta reda på (bl.a. genom att ta efter och studera sina lärare som förebilder) vilka kunskaper som behövdes för stunden, och vad de trodde skulle komma att krävas av dem när de var färdiga. Andra mer humanistiska moment i programmet hade låg prioritet. Andra undersökningar visar att interprofessionell träning under läkarutbildningen har låg status. De som har genomgått moment av interprofessionell träning tycks snart återta sin hierarkiska syn på andra yrkesgrupper. Inte minst verkar lärarna och handledarna ha en avgörande roll¹; vad de har för budskap har ingen större betydelse om de samtidigt saknar erfarenhet av och kompetens för interprofessionellt arbete (Reeves 2000).

Conrad (1988) menar att den traditionella läkarutbildningen befrämjar en teknologisk intresseinriktning bland läkarstudenterna och motverkar en vårdande inställning till patienterna. Lärare och handledare talar gärna om hur viktigt det är att lyssna på patienten, men visar det inte i praktiken². Fokus under utbildningen är på sjukdomen och inte på patienternas upplevelser av sjukdomen. Medicinska problem löses med teknik, laboratorieprover och olika inter-ventioner, ju mer desto bättre. Man talar om patienten i patientens närvaro på ronderna, objektiviserar och förvandlar patienten till ett föremål för studium och behandling. Eventuell kritik av studenten från handledare och lärare fokuserar på brister i kunskaper och kompetens, snarare än på hur han eller hon beter sig gentemot patienterna. Studenterna får lita till sin egen moraliska kompass för vägledning i moraliska frågor (Stern & Papadakis 2006) . Studenterna kan få se färdiga läkare bete sig i princip hur som helst mot patienter utan att någon i läkarkollegiet ingriper. Patienter som inte begriper, motsätter sig behandlingar eller obstruerar kan betraktas som fiender backstage. För att hantera stress och frustration talar man illa om patienter eller gör sig rolig

¹ ”Enligt sociokognitiv teori lär sig studenter mer av det beteende som handledarna faktiskt visar i kontakterna sinsemellan, än av principer och teorier som de säger sig omfatta och kanske tror att de tillämpar... Även attityder och tänkesätt lärs genom dagliga kontakter med rollmodeller. Det gäller inte bara attityder och sätt att tala om patienter utan också förhållningssätten mellan kollegor och personal av olika kategorier.” (Egidius 2006, s. 244).

² Freidson (1988, s. 377) påtalar samma brist på överensstämmelse mellan läkares etik och praktik och menar att man inte kan grunda sin status på goda intentioner som inte har någon mening i praktiken. Den föregivna etiken blir endast ett slags beklädnad.

över dem (Sinclair 1997). Det kan lösa spänningarna för stunden, men bidrar också till att öka avståndet mellan läkare och patienter.

Även om det i dagens medicinarutbildning förekommer flera inslag där man behandlar patient-läkarrelationen och den medicinska etiken (Wahlqvist 2007), så tycks fortfarande läkarutbildningens huvudsakliga betoning ligga på den instrumentella aspekten av vården. Den teknologiska och sjukdomsfokuserade medicinen fortsätter att dominera och läkarstuderande tillägnar sig den vårdideologi som råder under deras utbildning. Lärarnas personliga egenskaper och lärarna som förebilder är även, som tidigare nämndes, avgörande för studenternas kliniska perspektiv (Egidius 2006). Flera undersökningar har visat att det är omöjligt att lära läkarstuderande att samarbete med andra yrkesgrupper, om inte lärare eller handledare själva tror på vad de säger eller själva tjänar som positiva förebilder i sina kontakter med andra yrkesgrupper (Hammik & Freeth 2007, McPherson & Sachs 1982, Reeves 2000). Stern och Papadakis (2006) påpekar att det inte räcker med kurser i etik, i patient-läkarrelationen och i interprofessionellt samarbete om de värderingar, som man ger uttryck för där, inte samtidigt speglas hos lärarna själva eller genomsyrar hela organisationen.

Att se det man vill se – ett mikrosociologiskt perspektiv

Ovan har jag tagit upp strukturella hinder för utveckling som kan finnas i läkarnas historia, i professionen som sådan och i läkarnas utbildning. Det finns andra teorier på individnivå, som också försöker förklara varför människor reagerar för sent eller inte alls på uppenbara förändringar i sin omgivning. Problemet kan vara att finna en förbindelselänk mellan sociala strukturer på makronivå och individers beteenden på mikronivå. Diane Vaughan (2002) försöker finna en sådan ”meso-nivå” eller förbindelselänk som förbinder institution, organisation och individ genom att hon använder Bourdieus *habitus*-begrepp¹.

¹ *Habitus* är en sorts disposition, tillägnad i uppväxtens kulturella miljö och sociala sammanhang, som gör att man betraktar världen på ett visst sätt. Genom att kategorisera och klassificera sin omgivning, vet man hur man skall handla eller tycka i olika sociala sammanhang – man markerar tillhörighet eller särskiljer sig t.ex. genom att veta vad som är ”rätt” eller ”smakfullt”. I sina val och handlingar återskapar man ständigt denna disposition eller struktur genom att visa upp den för andra, och bekräftar den därmed (Bourdieu 1986). Vaughan hänvisar även till Simmels tankar om de universella former som finns återkommande i olika fenomen. Simmel (1981) använder begreppet ”objektiv ande” för att beteckna de former som gör att vi ser ett objekt (att vi kan objektivera föremålet). Dessa former, som är produkter av människors tidigare kreativitet och formgivande verksamhet, finns redan hos oss på förhand och gör det möjligt för oss att gestalta något, utan att ha sett det förut. Man skulle också kunna jämföra ”den objektiva anden” med Gestaltterapiens gestaltbegrepp, eller Deweys vanor (2005).

Vaughans tre fallbeskrivningar

Vaughan analyser två fall där man för sent insåg att saker och ting inte stod rätt till, och jämför det med ett tredje fall där man inte kunde tillåta sig att inte se. Hon frågar sig i de två första fallen varför det tog så lång tid för de involverade att inse att något var på tok, särskilt som deras misstag fick så allvarliga konsekvenser och försöker förstå vad det är för skillnader i strukturer som gör att man handlar på det ena eller det andra sättet. Vaughans utgångspunkt är att människor tillsammans skapar kognitiva system som betraktas som objektiva och att verkligheten definieras av den yttre struktur som omger dem. Jag kommer först att redovisa hennes två första fallbeskrivningar, därefter följa ett utvidgande sidospår för att sedan återknyta till hennes fallbeskrivningar. Det tredje fallet kommer jag således att återkomma till senare.

I det första fallet frågar sig Vaughan varför det tog så lång tid innan par separerade, när det funnits så uppenbara tecken på att något var på tok. När hon intervjuade de f.d. paren visade sig att den ena partnern sedan en lång tid hade vetat att det skulle ta slut och även försökt visa det för den andra partnern på olika sätt. Signalerna hade dock varit motstridiga, svaga och ambivalenta, d.v.s. de hade tagits tillbaka när det började brännas. I det andra fallet analyserar Vaughan Challengerolyckan¹, som inträffade 1986. Även i detta fall valde man, trots upprepade varningar och signaler om att något var fel, ändå att skjuta upp raket. Även här hade signalerna varit ambivalenta, svaga och rutinartade. Det tredje fallet, som Vaughan analyserar, är flygtrafikledarna på ett flygledningskontor, där det i princip aldrig inträffar några missöden.

Det som förenade Vaughans två första fall var, att signalerna var svaga och tvetydiga. Ytterligare en viktig faktor var att man omformulerade det man såg och kände, för att det skulle passa in i den föreställning man hade om hur den situation man befann sig i skulle vara strukturerad. Jämför här med vad Goffman (1967) säger om det ansikte som skall visas utåt; man omformulerar sin uppfattning om sig själv och sin självbild, för att den skall stämma överens med det ansikte som skall visas utåt i interaktionen med andra. Ett annat exempel är människor som drabbas av sjukdom utan att vilja bli medvetna om det, därför att de definierar som friska inför sig själva och inför andra – självbilden får prioritet över verkligheten. I det första fallet hade man skapat sig en bild av att vara en del av ett äktenskap och att tillhöra ett socialt sammanhang som gift eller sambo. I det andra fallet hade man skapat sig en bild av att vara en välorganiserad och

¹ Den 28 januari 1986 exploderade rymdraketen Challenger i luften alldeles efter uppskjutningen. Alla de sju besättningsmännen dog. Olyckan förklarades med NASAs organisation, där administratörerna ignorerade ingenjörernas upprepade förmaningar om att senarelägga uppskjutningen p.g.a. materialfel och för låg utomhustemperatur (källa Wikipedia).

ofelbar organisation, som alltid lyckades genomföra uppskjutningar utan missöden.

Allmänläkare får ständigt signaler om att de traditionella medicinska insatserna inte passar in på de behov som patienterna söker för; patienter blir inte friskare, återkommer ständigt på nytt, får biverkningar, blir beroende av medicinerna o.s.v. Men trots uppenbara tecken på att något är fel gör man omtolkningar av verkligheten för att få den att passa in i den bild man har av sig själv och sin verksamhet, för att kunna fortsätta i samma banor som tidigare.

Bland par som är på väg att separera ser man att den initiativtagande parten ändrat sina referensramar till att börja definiera sig som en separat person, samtidigt som den andra partnern lever kvar i de referensramar, som definierar deras situation som varande ett par. Dewey skulle säga att den initiativtagande partnern börjat söka sig nya vanor, medan den andra lever kvar i de vanor, som tillhörde deras situation som par (2005). I analogi med Buber (1994), har relationen för den initiativtagande parten övergått från en jag-du-relation till en jag-hon/han-relation, d.v.s. den andra separeras och objektiviseras.

Människan som separerad från sin omgivning

Människorna betraktar sig som avskilda och isolerade från naturen och världen, ansåg Bateson¹ (1972), vilket egentligen är en illusorisk effekt av medvetandet. Jack Katz (1999) menar att när vi tänker på oss själva som agerande människor, så glömmar vi att det vi gör är beroende av vår tidigare historia eller av det sociala sammanhang vi befinner oss i. I vår kultur betonas individen som ensam aktör, framför det kollektiv som utgör basen för individens agerande. Det är för att överbrygga åtskillnaden mellan individen och kollektivet som tanken på hjälten och hjälten insatser föds – vår kultur skapar hela tiden sådana föreställningar. På samma sätt är det med våra handlingar; när vi tänker tillbaka på våra handlingar ser vi oss som individer som först medvetet reflekterar och sedan handlar. Katz nämner ett exempel med en man som blir jagad av en björn, när han är ute och går i skogen. När han senare skall beskriva händelseförloppet för sina vänner, så minns han att han först fick syn på björnen och sedan blev rädd, varför han bestämde sig för att fly. Damasio (2003) menar att vi gör sådana efterkonstruktioner av gammal vana, men att det inte är så det går till i verkligheten. I själva verket triggas en flyktreaktion igång av emotionen rädsla,

¹ Bateson beskriver livet som ett pussel i vilket var och en av oss utgör en pusselbit. När en pusselbit fattas uppstår ett tomrum för en ny pusselbit. Om den nya pusselbiten skall få plats eller inte är helt beroende av de omgivande pusselbitarnas struktur och mönster. Oftast föreställer vi oss enbart den enskilda pusselbiten och tänker inte på att det måste finnas ett tomrum med en viss utformning för att denna skall passa in i det övriga mönstret. Det finns således inga hjältar om inte omgivningen tillåter det (precis som vi inte kan föreställa oss det som vi inte kan beskriva med vårt språk).

som är en omedveten¹, nedärvd och inlärd reaktion. Kroppen har redan flytt åt oss och innan vi hinner uppleva rädslan. Vårt medvetande är alltid ett steg efter händelsen och medan vi tänker sköter emotionerna livet åt oss.

På samma sätt hänvisar Katz till Merly-Pontys teorier om människans upplevelse att vara i kontinuitet med världen via sin kropp när hon handlar, talar, går, kör bil, leker o.s.v. Normalt är vi ju inte medvetna om vår kropp när vi handlar; t.ex. är vi inte medvetna om våra ögon när vi ser, om våra stämband eller lungor när vi talar. Så fort vi börjar tänka eller reflektera över de organ som vi upplever världen med och hur de fungerar så upphör vi att se, höra eller agera för att istället uppfyllas av våra tankar. Merly-Ponty (1997) har beskrivit en liknande process hos den som har en sjukdom eller skada på någon kroppsdel; när man fungerar normalt märker man inte av sin kropp, den bara finns där som en förmedlande kontakt med omvärlden. När man blir sjuk och inte kan handla som vanligt blir man avstängd från världen. Samtidigt blir man plötsligt medveten om sin kropp; den värker, gör ont och blir till ett hinder för ens normala kontakt med omvärlden. Kroppen går från att vara en osynlig förmedlare av kontinuitet med omvärlden till ett hinder för en normal kontakt med omvärlden (Rudebeck 1998).

För att spinna vidare på klyftan mellan individen och kollektivet, så analyserar Katz avbrottet, d.v.s. när något oväntat inträffar som stör oss i vår normala rytm och upplevelse av att vara i kontinuitet med vår omgivning. Avbrottet gör att vi blir medvetna om att vi är ensamma och separerade från omgivningen. De känslor som kan följa är ett sätt att återfå en relation till omgivningen, men på ett nytt sätt.

När vi kommunicerar med andra människor antar vi att andra tänker som vi gör, vilket normalt är utgångspunkten för att vi skall kunna förstå varandra. Men egentligen är detta en illusion, eftersom en människa aldrig kan sätta sig in i hur en annan människa tänker. Då skulle man behöva leva den andres liv vilket är en fysisk omöjlighet. Hur andra människor nu än tänker, är det bara en sak vi kan vara helt övertygade om; de tänker inte som vi själva gör. I avbrottet inser vi detta, menar Katz, och det är därför vi blir frustrerade. Någon betar sig på ett sätt som vi inte hade förväntat oss och vi inser plötsligt att andra tänker annorlunda och att vi är ensamma. För att överbrygga den ensamhet vi känner kan vi ta kontakt, genom att t.ex. bli arga och börja gråla på fridstöraren. Det är som med den som blir sjuk; genom sjukdomen blir man utestängd från gemenskapen. Man kan först bli arg och förtvivlad, sedan gå in i sjukrollen för att ta kontakt med omvärlden på ett nytt sätt.

¹ Dewey (2005) kallar samma sak för vanor. Vanor är inlärd beteendemönster som styr våra liv. Vårt problem är att vi inte bejakar detta förhållande. Fortfarande tror man att inläring handlar om att förse intellektet med kunskap och att vanorna därmed skall förändras automatiskt. Timothy Wilson (2002) har även skrivit inspirerande om ämnet.

Vreden, gråten och skrattet kan sägas vara kommunikativa akter. Genom att väcka andras motreaktioner, ger de oss en möjlighet att skapa en ny relation med andra (man förenas i skrattet). Skammen som känsla skiljer sig däremot från de andra, eftersom den är bottenlös, hopplös och kastar en ut i kaos och total ensamhet. Skam känner vi, menar Katz, när vi blir avslöjade (framför allt inför oss själva i det att vi ser oss själva som andra ser oss) med att ha förbrutit oss mot eller svikit gemenskapen eller gruppens värderingar och normer. Man blir s.a.s. ertappad med fingrarna i sylten, den sylt som var avsedd för alla. Skam kan upplevas både när man har övergivit eller har blivit övergiven av gruppen. Skammen är självreflektiv i det den riktar sig inåt. Emotioner som vrede och sorg däremot, är aktioner som syftar utåt. I skammen känns det som om man skulle vilja försvinna från jordens yta, vilja klä eller skyla sig eller börja ställa saker och ting till rätta. Först när skammen övergår i vrede öppnas sig en möjlighet att få kontakt med andra, för genom gråten eller ilskan förmedlas en känsla som kräver ett svar. Jag återkommer senare i diskussionsdelen till varför jag har uppehållit mig vid denna känsla.

Kognitiva dissonansteorier

Utifrån Katz resonemang om skammen kan man fråga sig hur det fungerar när man står mellan två grupper och måste välja om man skall vara lojal mot antingen den ena eller den andra? D.v.s. hur man än väljer så är man tvungen att överge den ena gruppen för den andra och därmed riskera att hamna i en skamfull situation. För att besvara den frågan känns det naturligt att komma in på de olika teorier om kognitiv dissonans, som först lanserades av Leon Festinger 1957.

Hos de flesta människor pågår en ständig konflikt mellan egna biologiska, själviska och antisociala behov och omgivningens krav på anpassning efter gruppnormer och gemensamma värderingar. Människor söker inte enbart lycka för sin egen del, utan känner även förpliktelser mot kollektivet¹. I sin beskrivning av hur människor löser konflikter mellan motstridiga krav, skiljer Timur Kuran (1998) mellan expressiv dissonans, där det finns ett uppenbart yttre tvång till anpassning, och inre moralisk dissonans, där motsättningen står mellan inre motstridiga krav. Exempel på expressiv dissonans är när man tvingas att anamma en grups eller samhällets åsikter, fast de strider mot ens egna. Efter en tid kan man antingen internalisera de avvikande åsikterna och göra dem till sina egna eller revoltera mot dem. Vid moralisk dissonans däremot har man själv satt upp ett moraliskt mål som man av olika anledningar, t.ex. i brist på ork, kapacitet eller möjligheter, inte klarar att leva upp till. Det uppstår ett moraliskt

¹ Vilket i själva verket är en förutsättning för artens överlevnad. Ur en aspekt skulle man kunna säga att godhet är lika med artens egoism (se f.ö. Einhorn 2005).

överskott mellan vad man borde och vad man kan. Det gäller för människan att lösa denna konflikt, utan att samtidigt drabbas av dåligt samvete.

Ett sätt, menar Kuran, kan vara att genom *rationalisering* och *gottgörelse* sätta upp skygglappar mot verkligheten, t.ex. genom att selektera bort information som påminner en om det moraliska dilemmat. Man väljer umgänge eller sociala sammanhang för att slippa konfronteras med avvikande åsikter. Läkare kan t.ex. välja att gå på kurser där man träffar likasinnade och kan undvika att bli ifrågasatt och där man kan få sin självbild, av att vara en rationellt tänkande expert, bekräftad. Man kan således omdefiniera sin situation eller den verklighet man befinner sig i för att kunna behålla sina värderingar. Omgivningen kan hjälpa till med att omdefiniera verkligheten, t.ex. kan råd från experter och tyckare legitimera ett handlande. Samvetsfrid kan även uppnås genom att ge bort pengar till välgörande ändamål, köpa utsläppsrätter när man gör klimatkologiskt tveksamma flygresor o.s.v.

Även de egna värderingarna går att förändra; t.ex. existerade inte rasismen och rasbiologin innan slavhandeln inleddes, då man behövde en legitimerande förvärdning för att utnyttja gratis arbetskraft. Korstågens plundringsresor tolkades om till västerlandets missionerande insatser och kunde på så sätt legitimeras. Genom att förenkla verkligheten och undvika nyanser eller genom att tillämpa olika moral på olika områden i livet, t.ex. en i hemmet och en på arbetsplatsen, kan också moralisk dissonans undvikas. Stat och myndigheter kan hjälpa till genom att officiellt deklarerat att moralen inte gäller på vissa områden¹. En sjukvårdsförvaltning kan skänka legitimitet åt att medarbetarna prioriterar hög produktion framför kvalitet i vården, för att de skall slippa känna moralisk dissonans. Lyckas man inte helt att undertrycka sina egna moraliska betänkligheter gäller det att övertyga människorna i sin omgivning, för att få deras hjälp med att övertyga sig själv – tycker tillräckligt många samma sak som en själv, så kan man inte ha fel (Festinger 1956).

Nora Machado (2008) har tillämpat den sociala kognitiva dissonansteorin i sina studier av organtransplantationer i sjukvården. Enligt Machado är dissonansteorierna speciellt tillämpliga på slutna grupper med stark professionell identitet och status, som visar stort engagemang för yrkesrollen, och som dagligen konfronteras med en motsägelsefull verklighet. Läkarna är ett exempel på en sådan yrkesgrupp, vars självbild och status ständigt utmanas av patienter, anhöriga, och myndigheter, som ifrågasätter deras moral och professionella omdöme.

Det finns två typer av dissonans som är utmärkande för sjukvården: Den första är en intern dissonans, t.ex. den som uppstår mellan motstridiga krav på kvalitet å

¹ T.ex. legitimerade staten de tyska läkarnas experiment på judar i koncentrationslägren under andra världskriget.

ena sidan och hög produktivitet å den andra. Den andra är en typ av dissonans som uppstår när man inte kan leva upp till omgivningens eller egna förväntningar, som när patienter inte blir bättre eller t.o.m. sjukare av en behandling.

En profession kan omdefiniera motsägelsefull information genom att förändra ramen kring det man gör, menar Machado, och på så sett påverka meningen och innehållet. Det finns olika tekniker för detta ändamål: Genom organisatoriska förändringar kan man fördela arbetet mellan yrkesgrupperna och avböra sig arbetsuppgifter som inte passar in i den egna verklighetsbeskrivningen, t.ex. frågor av psykologisk och vårdande karaktär¹. Som nämndes ovan kan organisationen genom olika stimulansåtgärder påverka medarbetarna att prioritera produktion framför kvalitet. Man kan genom olika ritualer kompensera för ett bristande engagemang för patienterna; genom extra kontroller, provtagningar och remisser som utfärdas för säkerhets skull o.s.v. visar man istället ett formellt engagemang för patienterna. Man kan bemöta utmaningar mot professionens status och auktoritet, genom ritualiserade deklARATIONER om att alltid lyssna på patienten och sätta patienten i första rummet. På samma sätt kan man genom att offentligt ge uttryck för självkritik visa att man är ödmjuk och har respekt för sanningen.

Machado beskriver även olika sätt att omdefiniera verkligheten; t.ex. att framhäva att professionens auktoritet och medicinska expertis grundar sig på naturvetenskaplig och reabel forskning, och samtidigt diskvalificera andras kunskaper som inadekvata, mjuka och känslomässigt grundade (Gieryn 1983). Politiker, patienter och andra professioner kan också nedvärderas i skämt och skrönor. Den gemensamma åsikt som framförs i gruppen förstärker ofta känslan av tillhörighet till en utvald grupp. Slutligen, kan man skapa sig framgångshistorier, även om de stämmer dåligt med gruppens totala insats; genom att lyfta fram enstaka vetenskapliga landvinningar och genom att heroisera enskilda individers insatser låter man dessa kasta sin glans på hela gruppen.

Läkare har genomgått en långvarig teoretisk och praktisk utbildning och har under en längre tid socialiserats in i yrket. Ju mer tid och möda som investerats för att uppnå den prestige och status som är förknippad med yrkesrollen, ju känsligare är det naturligtvis att bli ifrågasatt. Information som motsäger den egna och omgivningens bild av professionen måste hanteras och balanseras på något sätt. Att övertyga omgivningen om att professionens värderingar och bedömningar är de riktiga (och att professionen därmed måste ha tolkningsföreträdet) blir därför viktigare än att omvärdera den egna rollen, menar Machado. Överhuvudtaget är det många moderna organisationers problem; de är mer utformade för att dämpa social och kognitiv dissonans än att nå vissa mål

¹ Ungefär som sjukhusmedicinen gjorde under 1900-talet, då allmänmedicinen tilldelades de "orena" och icke-vetenskapliga uppgifterna (Armstrong 1979).

och åstadkomma resultat. Stabiliteten i organisationen och att bevara den egna självbilden blir av så överordnad betydelse, att man inte granskar sin egen verklighet och tar till sig nya fakta, även om de har vetenskaplig pregnans. Med en skev verklighetsuppfattning och med fördomar, rationaliseringar och ett selektivt seende kan en profession skydda sig mot störande och motsägelsefulla erfarenheter och samtidigt hävda att de grundar sina bedömningar och beslut på vetenskaplig rationalitet och sanningsenlighet.

Institution, organisation och individ

Vi återknyter nu till Vaughans tre fallstudier. Den ena partnern i de parförhållanden som var på väg att upplösas hade hela tiden gett signaler om en hotande separation, som inte uppfattades av den andra partnern. Till en början var signaler ganska svaga, men förstärktes efterhand. Samtidigt förändrades och vidgades den andra partners referensramar, så att de nya och starkare signalerna kom att uppfattas som normala företeelser i förhållandet, d.v.s. de kom att internaliseras i enlighet med Kurans terminologi. Parets oförmåga att se vad som var på gång förstärktes ytterligare av institutionaliserade föreställningar om hur ett äktenskap eller ett förhållande skall vara; t.ex. att ett äktenskap skall hålla livet ut eller att bråk kan förekomma i alla förhållanden. Man hade investerat i en självbild och definierat sig själv som en del i ett förhållande eller i ett äktenskap och man försökte bevara den fasad av lycka och harmoni som man själv och omgivningen förväntade sig (Goffman 1959). Man kan jämföra med människor som drabbas av en långsamt förlöpande sjukdom, t.ex. cancer. Sjukdomen gör sig påmind genom svaga signaler om att något inte står rätt till, men eftersom man definierar sig själv som en frisk och normalt fungerande ignoreras de. Dessutom kan man övertyga sin omgivning om att det inte är något fel, för att få hjälp av omgivningen att förstärka sitt eget förnekande (Festinger 1956). Referensramarna för vad som är normalt förskjuts samtidigt som verkligheten förändras och man accepterar allt större avvikelser, som normalt inte hade accepterats om de hade kommit på en gång. Till slut blir signalerna så starka och kommer att påverka det normala livet i en sådan utsträckning att de inte längre går att avvisa.

I fallet med Challengers uppskjutning finns beröringspunkter med det förra fallet, menar Vaughan, och introducerar Simmels *former* eller Bourdieus *habitus* för att beskriva det som förenar individen med organisationen på meso-nivå. Även i detta fall ignorerades upprepade avvikelser och efterhand vidgades aktörernas referensramar, så att allt större avvikelser kom att betraktas som normala – man kan säga att de internaliseras och blev en del av kulturen. På senare tid hade ingenjörernas traditionella hantverkskultur dessutom blandats med de omgivande institutionernas ekonomistiska kultur, med krav på hög produktion, effektivitet och ekonomisk balans. Produktionskulturen var så dominerande att man t.o.m. beslutade sig för att skjuta upp Challengerraketerna,

trots att man fick upprepade signaler om att avvakta. Ingenjörernas organisation hade byråkratiserats och ingenjörerna hade börjat betrakta sig som en del av byråkratin. Deras arbete kom alltmer att präglas av tidsbrist, rutin och blint regelföljande. En stark tro på naturvetenskap, teknik och kvantitativa data prioriterades framför att lita på eget hantverkskunnande och intuition. Eftersom man hade vant sig vid att besluten fattades på en högre nivå accepterade man att alla förhandlingar sköttes av organisationens "elit". Dessa beslut fattades sedan under ekonomisk press, ofta som "ekonomiskt hållbara" kompromisser och nödlösningar, som så småningom fick sippra ned och styra dem som arbetade längre ned i organisationen.

Bland flygtrafikledarna, det tredje fallet som Vaughan beskriver, fanns en utpräglad hantverkskultur med fasta rutiner och regelsystem. Verksamheten byggde på institutionsnivå på formella regler och på organisationsnivå på lokal kunskap som var baserad på personlig erfarenhet. Trafikledarna fick träning för arbetsuppgifterna genom personlig handledning på platsen. Arbetet baserades på egna initiativ, intuition och s.k. tyst kunskap utifrån de givna ramarna. Varnings-signaler tolkades automatiskt och ofreflekterat och efteråt kunde man inte förklara varför man hade reagerat som man gjorde i situationen, utan hänvisade till sunt förnuft. Samtidigt var arbetsrutiner och regler i hög grad standardiserade för att ge en stabil grund, från vilken trafikledarna kunde reagera på minsta lilla avvikelse. Standardisering och likformighet i verksamheten var en förutsättning för att kunna kommunicera med piloter och trafikledare på andra trafikledarkontor, eftersom missförstånd eller feltolkningar kunde få katastrofala följder. I trafikledarkulturen betraktades minsta lilla avvikelse som en potentiellt allvarlig incident.

Sammanfattningsvis skulle man kunna tänka sig de olika organisationer, som Vaughan beskriver, som placerade på en kontinuerlig skala som sträcker sig alltifrån en minimal till en maximal formalisering och institutionalisering. I den ena ändan befinner sig det lätt formaliserade parförhållandet, i vilket individerna har stor frihet och utrymme för subjektiva beslut och förändring. Ett steg vidare på skalan återfinns äktenskapet, som mer präglas av institutionaliserade regler och styrs av omgivningens stabiliserande förväntningar. Ytterligare ett steg längre in på skalan finner man NASA, en organisations- och produktionskultur med allmänna regler som man förhåller sig till men inte följer slaviskt. Frihetsgraden och utrymmet för förändring är här dock mindre än i parförhållandet. Slutligen i den andra ändan av skalan befinner sig flygtrafikledarna, vars organisation präglas av fasta rutiner, manualer och detaljstyrning. Omgivande institutioner har en kraftigt stabiliserande roll för att tillåta individen att ägna sig åt det som är hans huvuduppgift. Beslut tas per automatik och utan reflektion och frihetsgraden är minimal, liksom utrymmet för förändring. I parändan finns stora möjligheter till egen reflektion, men de minskar sedan successivt ju längre bort mot flygtrafikledarändan man kommer.

Vaughans fallstudie kan även vara intressant för sjukvården och för allmänläkarnas fall. Var skulle en svensk allmänläkare hamna på Vaughans skala? Hur ser den kultur ut, som präglar svensk allmänmedicin? Kanske skulle den svenska primärvården hamna någonstans i mitten, i brytningen mellan en traditionell hantverkstradition (provinsialläkaren) och en produktionskultur (den stora närsjukvårdscentralen). Hantverkstraditionen karaktäriseras i det här fallet av praktisk erfarenhet, intuition och tyst kunskap. Kunskaper genereras på plats och man har en avvaktande inställning till förändringar och man ifrågasätter inte det man gör. I produktionskulturen däremot tas besluten på en högre nivå, där hög produktion och tidsaspekterna har hög prioritet. Besluten sipprar ner till de medarbetarna som skall effektuera dem. Organisationen präglas av en byråkratisk kultur där medarbetarna inte tänker själva, utan förlitar sig på regler och rutiner. Inte därför att man är överens eller tror på dem, utan därför att det är så alla gör och måste göra. Felaktiga ordinationer, uteblivna undersökningar, missade laboratorieprover och andra misstag blir en del av vardagen i en sådan kultur, eftersom referensramarna för vad som är normalt och acceptabelt ständigt förskjuts utåt.

Gemeinschaft och Gesellschaft

Ytterligare en dimension bör beaktas när man spekulerar över allmänmedicinens väg och allmänläkarens roll. 1991 gjorde Dahlgren och Sandström en studie om sjukskrivningsmönstret bland arbetarna på Rönnskärsverken. Man kunde konstatera att arbetarnas attityder till sjukskrivning hade förändrats genom åren, vilket avspeglade en attitydförändring i samhället för övrigt. Tidigare var det inte ovanligt att man lät bli att sjukskriva sig trots att man var sjuk, vilket representeras av "he-mannens" attityd, d.v.s. man förtränger sina symtom av lojalitet mot arbetsplatsen och arbetskamraterna. Man kan jämföra med vad som framkom i Fältholms (2002) studie av sjukskrivna distriktsläkare i Norrland, där de intervjuade läkarna kämpade på in i det sista och såg sjukskrivning som den absolut sista utvägen. Idag är det inte ovanligt att sjukskriva sig när man upplever sig som sjuk, men inte är det i objektiv mening. Det förekommer t.o.m. att man sjukskriver sig trots att man vare sig känner sig eller uppfattas av omgivningen som sjuk. Den sista attityden representeras i Dahlgrens och Sandströms studie av "anomikern"¹, som saknar normer för sitt handlande och vars motiv är rent egoistiska². He-mannen anses ha blivit ovanligare i det moderna samhället p.g.a. de lösare anställningsformerna i de stora och anonyma organisationerna och med ett minskat personligt ansvar, bristande tillit till

¹ Karin Johannisson (2005) har skrivit en spännande essä om begreppet *anomi*, som dessutom innehållsmässigt anknyter till Vaughans analys av Challengeringenjörernas förhållningssätt i en byråkratisk kultur.

² Jämför Kurans (1998) teori om hur moralisk dissonans uppstår när individen skall välja mellan sina egna och gruppens intressen.

omgivande institutioner och en allmän likgiltighet inför samhället och samhällets ambitioner. I dagens samhälle sätts den egna lyckan i första hand och man ser inget fel i att utnyttja systemet för personlig vinning. Vad vi ser är att två olika normsystem har avlöst varandra; arbetarkollektivets vi-känsla, där gemenskapen gick före individens personliga intressen och där strikta normer och regler styrde uppförandet och vad som ansågs passande, har avlösts av konsumtions-samhällets rotlösa personligheter som flyter omkring som separata delar i en anonym organisation, utan lojaliteter eller förpliktelser mot någon annan än sig själva. Dahlgrens och Sandströms hänvisar till Tönnies begrepp "Gemeinschaft", som används för att beteckna den gemenskap som fanns i det gamla och normstyrda bondesamhället och "Gesellschaft", som beskriver det moderna samhällets karaktär av lös och anonym sammanslutning¹. När man undersöker allmänläkarens roll och inställning till förändringsarbete är det viktigt att också ha med denna aspekt. Bland läkare har det alltid funnits en stark kåranda och en gemenskapens kvalité, som kan befaras gå förlorad i en ny roll som medlemmar av en anonym och byråkratisk organisation².

Avslutningsvis kan man kombinera Vaughans fallbeskrivningar och Deweys teorier om vanans makt i människors liv och konstatera att det i NASAs fall saknades en problembekämpande kultur, där man såg problem som incitament till förändring och förbättring. Istället och av gammal vana sågs problem och avvikelser som en naturlig del av vardagen, internaliserades och gjordes till normaliteter. Enligt Dewey, innebär inte att ha vanor och traditioner att man alltid gör saker och ting på samma sätt som man alltid har gjort, oavsett hur verkligheten ser ut. Tvärtom, att bejaka problem och att göra problem till utgångspunkten för förändring kan också bli till en vana. I Vaughans exempel hade *vanan* att tidigt upptäckta avvikelser och varningssignaler gjorts till en del av flygtrafikledarnas kultur. En disposition att reagera på förändringar tycks dock förutsätta att man arbetar i en för övrigt stabil organisation.

Sammanfattande slutsatser

¹ Simmel (1981) ger en liknande beskrivning av utvecklingen i *Storstäderna och det andliga livet*. I storstaden får subjektiviteten ge vika för objektiviteten. Människan reagerar i första hand på skillnader, men storstadsmänniskan är så van vid förändring och starka yttre impulser att det ständigt krävs starkare signaler för att väcka hennes uppmärksamhet. I storstaden styr penningekonomin utbyte och relationer och nivellerar alla kvaliteter till kvantiteter och bytesvärden. Med storstädernas framväxt uppstod ett nytt ideal: "de från historiska band befriade individerna ville nu också skilja sig åt inbördes. Den enskildes värde är inte längre knutet till det 'allmänt mänskliga' i honom, utan just till det kvalitativt unika och oersättliga." Se även Asplund (1991) för en närmare beskrivning av Tönnies begrepp.

² Västra Götalandregionen är en stor, anonym och abstrakt konstruktion för de flesta. Därför får man lägga ned stor möda på att entusiasmera och engagera medarbetarna för att de skall känna sig delaktiga i organisationen.

Sammanfattningsvis skulle den historiebereskrivning och de teorier som jag har refererat till, kunna bidra till att belysa frågan om varför läkare och i synnerhet allmänläkare är obenägna att tillämpa nya strategier för förändring av sin situation.

1. Mycket talar för att en stor del av allmänläkarens praktik grundar sig på kunskap som tillägnats i personlig handledning, genom egen praktisk erfarenhet och på vanligt sunt förnuft, snarare än på biomedicinska fakta. Men den biomedicinska kunskapsbasen och läkarnas etiska yrkeskod framhålls gärna när professionen skall hävda sina anspråk på autonomi, privilegier och status gentemot myndigheter och andra yrkesgrupper. Eftersom de flesta läkare arbetar i egna praktiker, bakom slutna dörrar och utan insyn och granskning utifrån, kan det vara svårt att veta i vilken mån deras utredningar, diagnoser och behandling baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett vetenskapligt förhållningssätt förutsätter öppenhet för granskning och att behandlingsresultat skall vara reproducerbara. I praktiken finns det dock en kultur som värderar den enskilde läkarens kunskaper och praktiska erfarenhet högst och ger läkarens rätt att verka i enskildhet företräde, framför ett vetenskapligt förhållningssätt som innebära ökad insyn, inbördes granskning och samarbete kollegor emellan och med andra yrkesgrupper.
2. De flesta professioner tycks inbegripna i en ständig konkurrens med varandra, om makt, territorier och autonomi. Den yrkesgrupp som besitter den abstrakta och teoretiska kunskap som är oåtkomlig för andra, hävdar sig bäst i konkurrensen. Abstrakt kunskap måste kunna tillämpas i praktiken, som när man ställer diagnoser, utreder och behandlar sjukdomar. Processen måste vara tillräckligt ologisk, inkonsekvent och mångtydig för att inte kunna användas av andra än de som är särskilt initierade. En profession kan utvidga sitt territorium genom att tillämpa den abstrakta kunskapen på nya områden. Så har t.ex. alkoholism, hyperaktivitet, stress och liknande tillstånd förvandlats till nya sjukdomar som inordnats i läkarnas domän. Att öppna sig för samarbete i t.ex. multidisciplinära team kan medföra att andra yrkesgrupper tar över de hävdvunna territorierna, vilket i viss mån redan har inträffat i och med att läkarna lämnade ifrån sig stora delar av astma-, diabetes- och hjärt-kärlsjukvården till specialutbildade sjuksköterskor i primärvården.
3. Ursprungligen har allmänmedicinen sina rötter i den ensamme entreprenörens och affärsidkarens verklighet och patienterna var de enda uppdragsgivarna. Just friheten och oberoendet av andra var dåtidens belöning för ett i övrigt ganska slitigt och otacksamt arbete. Den självständige entreprenörens ideologi, med den friheten och det

oberoende det innebär, tycks fortfarande i viss mån prägla inställningen till inblandning från politiker och administratörer, samt, enligt min tolkning, medföra en skeptisk attityd till akademien, interkollegial kompetensutveckling och försök att enas kring gemensamma vårdprogram och behandlingsrekommendationer. Man litar på sitt eget omdöme och expertkunskap i första hand och ser inte samarbete med andra som en väsentlig ingrediens i arbetet. En sådan kultur är knappast gynnsam för nya strategier.

4. Allmänmedicinen har genom sin expertkunskap om den sjuka människans livssituation, sammanfattat i begreppet ”den biografiska medicinen”, kunnat hävda sitt företräde framför sjukhusmedicinen. Samarbete med andra yrkesgrupper kan innebära att andra yrkesgrupper tar över de delar som ger allmänläkarna deras existensberättigande gentemot sjukhusspecialisterna.
5. Det primära målet för den som läser medicin tycks vara att bli upptagen som fullvärdig medlem i det kollegiala läkarteamet. Eftersom ett mycket omfattande kunskapsmaterial skall läras in under kort tid och den medicinska verkligheten under den kliniska tjänstgöringen är både osäker och motsägelsefull, kan många studenter känna att de måste prioritera och ägna tiden åt det som de tror förväntas av dem. Man identifierar sig med äldre läkare och handledare i första hand och hur de samarbetar med andra yrkesgrupper i vården blir därför att bli avgörande för studenternas egna attityder. I läkarutbildningen betonas den tekniska och instrumentella aspekten av patient-läkarrelationen. De interaktiva och humanistiska sidorna har låg prioritet och anses inte helt nödvändiga i den omfattande och komplicerade agenda som för övrigt skall läras in.
6. Grupper och individer vars föreställningar om sig själva inte överensstämmer med praktiken eller som blir ifrågasatta tenderar, enligt de kognitiva och emotionella dissonansteorierna, att finna strategier för att få motstridiga krav och förväntningar att gå ihop. Inom slutna och autonoma professioner, vars status och prestige bygger på stor tilltro från politiker och allmänhet, är behovet av kognitiva dissonansstrategier stort. Behovet ökar om professionen samtidigt verkar i en mångtydig och motsägelsefull miljö. Strategierna går ut på att försöka ändra på referensramarna genom en omtolkning av verkligheten, t.ex. genom rationalisering, försköning och heroisering av egna insatser, eller genom nedvärdering av andras yrkeskunnande, vetenskaplighet och moral o.s.v. Olika moral kan tillämpas i olika sammanhang, och man kan använda sin egen verklighetsbeskrivning som ett raster, genom vilket man betraktar verkligheten. Att ifrågasätta sin egen praktik, sina egna resultat

och att bjuda in andra yrkesgrupper till samarbete för ömsesidig granskning och erfarenhetsutbyte, är inte en del av en sådan agenda.

7. En yrkesgrupp kan överge sin hantverkskunskap och sitt personliga ansvar i ett byråkratiskt system, där beslut om målsättning och verksamhetsplaner tas på en nivå som är skild från verksamheten. I ett sådant system blir yrkesmannen en byråkrat som passivt inordnar sig i det hieratiska systemet. Fel och brister kommer att betraktas som naturliga i en komplicerad verksamhet och normaliseras slutligen därför att referensramarna ständigt vidgas. När det saknas en stabil och trygg organisation att utgå från finns det heller inget utrymme för reflektion över den egna praktiken, vare sig för sig själv eller tillsammans med andra,

SYFTE

Avhandlingen har flera syften.

Det övergripande syftet

är att undersöka allmänläkares inställning till sin professionella roll och det allmänmedicinska uppdraget, samt att studera allmänläkares och läkarstuderandes attityder till samarbete med andra yrkesgrupper.

Särskilda syften för delstudie I-IV

- att utifrån allmänläkares personliga erfarenheter beskriva och analysera vad de upplever är det centrala och karaktäristiska i sitt uppdrag.
(Delstudie I)
- att studera en grupp allmänläkares attityder till teamarbete utifrån deras tidigare erfarenheter av multidisciplinärt samarbete, för att kunna belysa svårigheterna med att involvera allmänläkare i teamarbete.
(Delstudie II)
- att undersöka och jämföra allmänläkares och distriktssköterskors attityder till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor, samt se om eventuella skillnader i attityder kan hänföras till kön, ålder och hög självskattning i yrkesrollen.
(Delstudie III)
- att undersöka skillnader i attityder till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor bland läkarstuderande vid två olika universitet, där det ena har interprofessionell utbildning och träning i utbildningsplanen, samt utforska om eventuella skillnader i attityder är korrelerade till kön, tidigare yrkeserfarenheter i vården, och om man befinner sig i tidig eller sen fas av utbildningen.
(Delstudie IV)

MATERIAL OCH METODER

Avhandlingen består av fyra delstudier. Två baseras på kvalitativ metodik och två på kvantitativ metodik. Arbetet med att göra intervjuerna och bearbeta enkäterna pågick under tiden år 2000 till 2007. Beskrivande data från studierna redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Beskrivande data för delarbete I-IV

Arbete	I	II	III	IV
Typ av studie	Kvalitativ Explorativ Deskriptiv Individuell och fokusgruppintervju	Kvalitativ Explorativ Individuell intervju	Kvantitativ Enkät Attitydskala	Kvantitativ Enkät Attitydskala
Urval	Ändamålsenligt urval av 12 erfarna DL	Fallstudie 9 DL med teamerfarenhet	Slumpmässigt urval av 300 DL och 300 DSK	Fallstudie 257 läkarstuderande termin 1 och 10
Plats	Göteborg och Bohuslän	Hisingen, Gbg. Gråbo, Visby	Västra Götalands Regionen	Göteborgs och Linköpings Universitet
Ålder	45-58 år	50-60 år	m=53 år	m=26 år
Kön	Ind. int.: ♂=5, ♀=2 Fok. int.: ♀=3, ♂=2	♂=5, ♀=4	DL: ♂=63 % DSK: ♀=92 %	T1: ♂=54 % T10: ♀=64 %
Statistisk metod	Ej tillämbart	Ej tillämbart	Gruppjämförelse Mann-Whitneys och t-test	Gruppjämförelse Mann-Whitneys och t-test
Kvalitativ metod	Innehållsanalys	Innehållsanalys	Ej tillämbart	Ej tillämbart

Delstudie I

Bakgrund

Många allmänläkare är idag otillfredsställda med sitt arbete och det är svårt att rekrytera läkare till specialiteten. Allmänläkarens roll anses alltför diffus och omfattande, varför det har framförts önskemål om en mer entydig definition och en avgränsning av allmänläkaruppdraget. Få av de officiella definitionerna av allmänmedicin tycks kända bland praktiserande allmänläkare.

Deltagare

För de *individuella intervjuerna* gjordes ett s.k. ändamålsenligt urval av sju distriktsläkare (DL) med hänsyn till ålder, antal yrkesverksamma år och landsbygd- och storstadspraktik. De intervjuade var mellan 45 och 55 år och hade mer än 10 års erfarenhet som allmänläkare. Av dem arbetade två i storstad, fyra i större småstäder samt en på landsbygden.

För *fokusgruppintervjuerna* tillfrågades fem kliniskt erfarna allmänläkare med anknytning till universitetet och alla tackade ja till att delta. Gruppen bestod av tre kvinnor och två män med en medelålder på 58 år.

Metod

De *individuella intervjuerna* som genomfördes under år 2000 tog mellan 1-2 timmar i anspråk och utfördes på läkarnas respektive arbetsplatser. Intervjuerna spelades in och skrevs sedan ut ordagrant. Varje intervju började med semi-strukturerade frågor som: Vilka är dina uppgifter som allmänläkare? Vad skulle du beskriva är det karaktäristiska i dina arbetsuppgifter? Under intervjun fördjupades frågorna med kompletteringar, klargöranden och förtydliganden, enligt Kvale (1996).

Fokusgruppintervjun genomfördes efter de individuella intervjuerna. Den tog ca 90 minuter i anspråk, spelades in och skrevs ut ordagrant. Intervjun inleddes med samma öppna frågor som ovan och följdes upp med klargöranden och förtydliganden.

Under projekttiden har de preliminära resultaten och analyserna presenteras på universitetsseminarier och på internationella konferenser för fördjupad diskussion och kommentarer.

Analys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Malterud 1998, Patton 1990, Granheim & Lundman 2004). Granheim och Lundman beskriver hur metoden kan användas tolkande, för att identifiera den latent meningen i en text. Först läste vi igenom texten några gånger för att bilda oss en helhetsuppfattning. De utsagor, som handlade om det ämne som skulle studeras, extraherades och kom att utgöra de enheter som sedan skulle analyseras. Den extraherade texten delades in i meningsbärande enheter, d.v.s. i textcitat med liknande innehåll eller med samma andemening. De kunde handla om det som efterfrågades eller om något helt nytt, som ännu inte hade fått ett namn eller en rubrik. De meningsbärande enheterna samlades ihop under kondenserade meningsbärande enheter, som sedan rubricerades. Den latent meningen (för vilka vi istället har använt begreppet *kategorier*, även om det inte är helt i

överensstämmelse med Granheims och Lundmans anvisningar) i de kondenserade meningsbärande enheterna uttolkades och sammanfördes under underteman. Dessa kunde slutligen inordnas under ett övergripande och latent tema, som tycktes giltigt för hela texten. Temana och tolkningarna återfördes och jämfördes sedan med den ursprungliga texten. I tabell 3 illustreras förloppet från tolkande kondenserade meningsbärande enheter (kategorier) till ett centralt tema. I detta fall identifierades åtta underteman. De tolkande meningsbärande enheterna, undertemana och temat diskuterades inbördes mellan forskarna och resultatet skickades även till intervjupersonerna för kommentarer.

Delstudie II

Bakgrund

Multidisciplinära teamsamverkan rekommenderas i flera nationella och internationella tidskrifter för arbetet med patienter med komplicerade tillstånd, långvarig smärta och psykosocial problematik. Förutom att det anses kunna höja kvalitén och säkerheten i vården, beskrivs det även som ett sätt för allmänläkarna att dela på ansvar och arbetsuppgifter med andra yrkesgrupper. Flera internationella undersökningar har emellertid visat att det är svårt att engagera allmänläkare i teamarbete. För att förstå orsakerna till svårigheterna och motståndet, var det väsentligt att få ta del av de erfarenheter som gjorts av allmänläkare som under en längre tid arbetat i multidisciplinära team.

Deltagare

Distriktsläkare på fem vårdcentraler i landet, där multidisciplinärt teamarbete pågått under en längre tid, fick via vårdcentralcheferna en förfrågan om att delta i individuella intervjuer. Fyra av vårdcentralerna var vid tiden för undersökningen belägna på Hisingen i Göteborg, där det s.k. Deltaprojektet för samarbete mellan olika myndigheter (Socialtjänsten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Primärvården) pågått enligt Socsamlagen sedan 1997. Läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, socialarbetare och representant från Försäkringskassan träffades för teamsamverkan en eftermiddag i veckan, för att diskutera patienter med psykosociala problem, muskuloskelettala smärtor och långvarig sjukskrivning.

Den femte vårdcentralen var belägen i Gråbo, ett psykosocialt belastat område strax utanför Visby, Gotland. Teamarbete för patienter med komplicerade tillstånd och psykosocial problematik hade pågått där sedan 1997. Läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog och ibland psykiatrisk konsult träffades en eftermiddag i veckan.

Distriktsläkarna på en av Delta-vårdcentralerna på Hisingen avböjde att medverka p.g.a., som man angav, tidsbrist. Deltagarna var mellan 50-60 år och hade mer än fem års erfarenhet som allmänläkare. Alla hade deltagit i teamarbetet sedan projekten startade.

Metod

Under 2003 genomfördes semistrukturerade intervjuer enligt Kvale (1996) med de nio deltagarna. Intervjuerna, som tog mellan 1-2 timmar i anspråk, genomfördes på informanternas respektive arbetsplatser. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga: ”Vill du berätta om dina erfarenheter av att arbeta i ett primärvårdsteam?”. Svaren följdes upp med förtydligande frågor som: ”Vad är dina positiva och negativa erfarenheter av teamarbete?”, ”Hur har teamarbetet förändrat din vardagspraktik?” och ”Hur har teamarbetet förändrat din läkarroll?”. Frågorna var utarbetade sedan tidigare och prövade i en pilotintervju, varefter de reviderades för att passa bättre med studiens intentioner. Intervjuerna spelades in på band och skrevs sedan ut ordagrant.

Analys

I denna studie användes samma kvalitativa innehållsanalys, enligt Granheims och Lundmans (2004) schema, som beskrevs tidigare under Arbete I. Texten

Tabell 2. Ett exempel på analysförloppet i delstudie II

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Tolkande meningsbärande enhet/kategorier	Underteman	Huvudtema
”Du är någon sorts medlare i teamet och har överblicken, t.ex. i jämförelse med försäkringstjänstemannen, psykologen och alla de andra som skall ta hänsyn till andra ekonomiska intressen...”	Medlare	Spindel i nätet	Generalisten	Tvetydig doktorsroll i teamet
”Du är den som står för helhets-erspektivet...”	Överblick			
”Du kan tillgodose patienternas förväntningar på vad en doktor skall göra.”	Förväntningar på doktorsrollen	Renodlad doktor	Medicinsk expert	
”Doktors roll blir mer renodlad, till att vara den som står för den medicinska kompetensen.”	Förädling av doktorsrollen			

Delstudie III

Bakgrund

Multidisciplinärt teamarbete rekommenderas i primärvården, bl.a. för patienter med långvarig smärta och psykosomatiska besvär. Etablerat multidisciplinärt teamarbete är dock ovanligt i svensk primärvård. Det har visat sig vara svårt, enligt enstaka svenska och flera internationella studier, att engagera distriktsläkare i teamarbete. Eftersom begreppen samarbete och teamarbete ofta förekommer samtidigt i den vetenskapliga litteraturen, utgick vi från att läkares intresse för samarbete sjuksköterskor speglade deras intresse för teamarbete överhuvudtaget. Läkares samarbete med sjuksköterskor berörs sällan i den medicinska litteraturen, medan det är ett vanligt tema i sjuksköterskors vetenskapliga tidskrifter. För att få veta hur situationen var i den svenska primärvården, ville vi jämföra distriktssköterskors och distriktsläkares attityder till teamarbete. Eftersom förmågan till samarbete med andra yrkesgrupper anses ingå som en del i professionalliteten, kunde man samtidigt passa på att undersöka om en hög självskattning i den professionella rollen sammanhänge med en positiv attityd till samarbete med t.ex. distriktssköterskor.

Deltagare

Bland alla distriktsläkare (n=643) och distriktssköterskor (DSK) (n=643) i Västra Götaland Regionen (som har 1,5 miljoner invånare) gjordes ett enkelt slumpmässigt urval. Medelåldern för DSK i Regionen var vid undersökningstillfället 53 år och 2 % utgjordes av män. För DL var medelåldern 51 år och 46 % utgjordes av kvinnor. Ett urval på 298 DL och 300 DSK, ombads att delta i enkätstudien. Totalt deltog 205 DSK och 194 DL, d.v.s. en svarsfrekvens på 67 %. En powerberäkning hade uppskattat att det behövdes 200 deltagare i varje grupp för att erhålla en styrka på över 80 %.

Metod

För att jämföra intresset för samarbete mellan sjuksköterskor och läkare användes *Jefferson Scale of Attitudes*, ett instrument ursprungligen framtaget för att mäta attityder till sjuksköterskor och sjuksköterskors arbetsuppgifter. Instrumentet har sedan modifierats för att mäta attityder till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor. Det är numera utformat så att det kan besvaras av både sjuksköterskor och läkare (Hojat et al. 1999). Sedan dess har instrumentet använts i flera länder, bl.a. i Israel, Turkiet, Mexiko och Italien för att mäta sjukhusläkares och sjukhussköterskors attityder till samarbete mellan yrkesgrupperna (Hojat et al. 2003).

Jeffersonskalan har endast 4 svarsalternativ för att man vill undvika att få neutrala svar. Skalan sträcker sig från 1, som står för ”motsätter mig helt”, till 4, som står för ”instämmer helt”. Den totala poängsumman kan således variera mellan 15-60, där en högre summa betyder en mer positiv attityd till samarbete mellan yrkesgrupperna.

Två av författarna översatte skalan från engelska till svenska, varefter den översattes tillbaka till engelska av två tvåspråkiga personer, med anknytning till Göteborgs Universitet. Deras version jämfördes sedan med originalet. För att passa i primärvårdssammanhang fick fråga 9 modifieras; i ett tillägg ombads deltagarna att föreställa sig att de befann sig i en sjukhusmiljö för att kunna ta ställning till påståendet.

Ett enkätinstrument, *Professional Self Description Form* (PSDF), användes för att mäta distriktsläkares och distriktssköterskors självuppskattning i yrkesrollen. Genom att man får skatta sig själv gentemot andra i yrkesrollen, antas PSDF kunna utvisa hur utvecklingen av ens professionella kunskap och framtida professionella insatser kommer att gestalta sig. Skalan har tidigare använts för att jämföra sjukhusläkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster (Gullberg 1996). Deltagarna ombads att skatta sig själv i förhållande till andra distriktssköterskor respektive distriktsläkare på en sjugradig Likertskala, mätande från 1, som betecknade ”Absolut sämre än flertalet inom min yrkesgrupp”, till 7, som betecknade ”Till en nivå sällan jämförbar”. Eftersom PSDF-skalan är komplex och innehåller flera frågor rekommenderas att man utför en faktoranalys för att rätt beskriva den studerade gruppen (Jonsson 2003).

Analys

Analysen baserade sig på data från 401 deltagare. Först sammanställdes den beskrivande statistiken, varefter en korrelationsmatris utfördes för att beräkna om det fanns ett statistiskt signifikant samband mellan Jefferson- och PSDF-poängen. Mann-Whitneys icke-parametriska test användes för att jämföra de två oberoende grupperna. Vi ville se om det fanns skillnader mellan DL och DSK, mellan manliga och kvinnliga DL och mellan äldre (>45 år) och yngre DL och DSK. För att jämföra de två grupperna användes även ett t-test för att analysera data från Jeffersonskalan, eftersom detta test hade använts i flera tidigare studier.

Faktoranalys användes för båda skalorna. Fyra faktorer kunde identifieras på Jeffersonskalan och tre på PSDF-skalan. Faktorerna kunde förklara 54,3 % av variationen på Jeffersonskalan och 68,4 % av PSDF-skalan. Vid tolkningen av de mest framträdande faktorerna beräknades en faktorladdning på >0,5 för Jefferson och 0,6 % för PSDF. Avgränsningen valdes så att alla de höga laddningarna kunde placeras i en faktor men inte i två.

Delstudie IV

Bakgrund

Ökat interprofessionellt samarbete rekommenderas från flera håll för att kunna möta de nya utmaningar som sjukvården idag står inför. Trots att stora förändringar har skett i relationen mellan läkare och sjuksköterskor under de senaste decennierna, med ökad jämlikhet och förbättrat samarbete, kvarstår i viss mån ännu rivalitet och kommunikationssvårigheter mellan grupperna. Läkares attityd till samarbete med sjuksköterskor tycks i viss mån vara präglad av de kontakter och de insikter de fick om andra vårdyrken under sin läkarutbildning. Undersökningar har även visat att vårdstudenter är positiva till interprofessionella inslag under studietiden, men skeptiska till det interprofessionella samarbetet i praktiken.

På Linköpings Universitet (LiU) pågår sedan 1986 ett särskilt utbildningsprogram för blivande läkare, med ökade inslag av problembaserat lärande och gemensamma undervisningsmoment tillsammans med andra vårdutbildningar under första terminen (HEL I). Inslaget följs upp med ytterligare samundervisning under termin fem (HEL II), samt med interprofessionell praktik på specialutformade ortopediska och geriatriska undervisnings-avdelningar under de sista terminerna. Modellen har senare anammats av bl.a. Karolinska Institutet sedan 1998, medan läkarutbildningen vid Göteborgs Universitet (GU) varit oförändrad vad avser träning i interprofessionalitet. Flera utvärderingar har gjorts av LiU-programmet, men ännu har inga jämförelser med andra läkarutbildningar gjorts. Därför var det av intresse att jämföra studenternas attityder till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor vid LiU och GU, dels innan den interprofessionella undervisningen hade påbörjats på LiU och dels under det sista året. Samtidigt gavs det tillfälle till att jämföra om attityder till samarbete skilde sig åt vad avser kön och tidigare yrkeserfarenheter i vården.

Deltagare

Alla läkarstudenterna som just påbörjat första terminen på GU (n=92) och LiU (n=79), samt alla som gick sista året på GU (n=77) och på LiU (n=66) ombads att delta i enkätstudien. Bland förstaterminsstudenterna deltog 81 (91 %) på GU och 50 (63 %) på LiU. Bland sistaårsstudenterna deltog 75 (97 %) på GU och 51 (77 %) på LiU. Totalt på båda universiteten deltog alltså 78 % av förstaterminsstudenterna och 87 % av sistaårsstudenterna.

Metod

Jefferson Scale of Attitudes towards collaboration between physicians and nurses användes även i denna studie. Instrumentet har tidigare använts för att jämföra sjuksköterske- och läkarstudenters attityder till samarbete mellan sjuksköterskor och läkare (Hojat et al. 1997). Vi använde samma översättning av enkäten som i arbete III, men denna gång utan något tillägg till fråga 9.

Analys

Analysen baserades på data från 261 deltagare. Först sammanställdes den beskrivande statistiken, varefter data analyserades med hjälp av Mann-Whitneys icke-parametriska test. Testet användes för att undersöka skillnaderna i attityder mellan förstatermins- och sistaårsstudenterna på de båda universiteten, liksom mellan kvinnliga och manliga studenter och studenter med och utan tidigare yrkeserfarenheter i vården. Även t-testet användes för jämförelse och för att det hade använts i flera tidigare studier. Ett ANCOVA-test användes för att studera effekten av tidigare yrkeserfarenheter på attityden till samarbete.

RESULTAT

Delstudie I

Under analysen av intervjuerna framträdde ”att balansera” som det latenta och genomgående huvudtemat. De identifierade kondenserade meningsbärande enheterna eller kategorierna kunde sammanfattas i sju underteman, vilka framgår av tabell 3.

Tabell 3. Huvudtema, underteman och meningsbärande enheter som identifierades i intervjumaterialet

Huvudtema	Undertema	Tolkande och kondenserade meningsbärande enheter
Att balansera mellan	Den gode herden <i>kontra</i>	att se hela människan; att beskydda de svaga; att vara en lärare och vägledare; att ge trygghet
	Den medicinske experten	att ha adekvat medicinsk kompetens; att vara första medicinska kontakt; att ha bred medicinsk kompetens.
	Bot <i>kontra</i>	att kännas vid väldefinierade problem; att kunna erbjuda botande behandling; att bota är tacksamt.
	Vård	att arbeta med komplexa psykosociala problem; att fokusera på relationen; att vara förtrogen med osäkerhet.
	Korta patientbesök <i>kontra</i>	att ha hög omsättning; att ha mindre personligt engagemang; att tillfredställa politikerna.
	Långa konsultationer	att ha individuella möten; att se problemen från olika perspektiv
	Den personlige doktorn <i>kontra</i> Samhällets doktor	att få höra bekännelser; att erbjuda kontinuitet. att ta hand om helheten; att handla mot patientens vilja.

Balansgången mellan det holistiska perspektivet och det medicinska expertperspektivet framstod som det mest pregnanta temat i intervjuerna. Dessa perspektiv benämndes med undertemana ”Den gode herden” respektive ”Den medicinske experten”.

- ”Den gode herden” är en beskyddande, pålitlig och försiktigt vägledande person: ... *man fungerar som en kontaktperson för patienten, för att kunna erbjuda stöd och hopp...* ”Den gode herden” representerar den humanistiska sidan av läkekonsten och innefattar kunskapen om och förståelsen av hela människan... *det handlar om att kunna förstå och härbärgera patientens situation...*

- ”Den medicinske experten” å andra sidan är medicinsk kompetent, kan ta hand om och bedöma alla sjukdomar primärt och har en gedigen medicinsk bredd: ... *man får inte glömma att min huvudsakliga uppgift är att ta medicinska beslut och det är vad man förväntar sig av mig...* Den medicinska expertens perspektiv karaktäriseras av atomism och av biomedicinska fakta.

Allmänläkaren träffar under en och samma dag patienter som kan hjälpas direkt, vilket här representeras av det ”botande” undertemat, och patienter med kroniska och obotliga tillstånd, här representerat av det ”vårdande” undertemat.

- Det ”botande” perspektivet är doktorscentrerat och förutsätter att patienten har ett klart definierat problem. När en oproblematiske symtombild presenteras upplevs det ofta som en lättnad för doktorn, som med ganska enkla medel kan bota patienten och se resultat av sina insatser: ... *som när man har lyckats ta bort en nevus, då känns det verkligen som om man har uträttat någonting...*
- Under det ”vårdande” undertemat återfinns, som kroniska sjukdomar som ofta kompliceras av en psykosocial problematik och som kräver kontinuitet och ett patientcentrerat förhållningssätt. Läkaren måste vara beredd på att kunna möta det okända och att hantera oförutsedda händelser: ... *patient-läkarrelationen är viktig om man inte kan bota patienten... eller... många patienter vill tala om annat än om bara det medicinska...*

Läkaren måste även balansera mellan korta och långa patientbesök, och det är inte alltid enkelt att avgöra vad som är det optimala.

- Under ”korta besök” undertemat återfinns kondenserade meningsbärande enheter som variation, snabba resultat och ett instrumentellt förhållningssätt. Korta besök är förknippade med mer väldefinierade problem och mindre personligt engagemang, eftersom det är lättare att släppa patienterna efter besöken. Korta besök ökar patientgenomströmningen, men ibland till priset av kvalitet: ... *korta besök är mer direkta och man blir inte så involverad... eller... det är tidvis skönt med tempot och lättheten i de korta besöken...*
- Under ”långa besök” undertemat hittar man å andra sidan kondenserade meningsbärande enheter som individuella möten och ökad förståelse av patientens problem. De långa besöken underlättar för ett fördjupat och reflekterande förhållningssätt och ger en mer begriplig och tillförlitlig bild av patienten. Man får reda på bakgrundsdetaljerna i patientens historia, vilket ger säkrare diagnos och behandling: ... *ibland behövs det*

30 minuter för att få tillstånd ett riktigt möte, det har att göra med respekt för patienten...

Slutligen har läkaren att balansera mellan att vara en ”doktor för patienten” och att vara en ”doktor för samhället”, vilket ibland kan leda till svåra lojalitetskonflikter.

- Under undertemat ”personlig doktor” finner man kondenserade meningsbärande enheter som tillit och kontinuitet. För att läkaren skall kunna anförtros öppenhjärtiga historier och avslöjanden är förutsättningen en god patient-läkarrelation och att patienten kan lita på sin doktor. Den kontinuerliga kontakten gör att patienten kan känna sig trygg och säker: *Jag har arbetat i närmare 25 år på samma ort och ofta utvecklades väldigt personliga relationer...*
- Under undertemat ”samhällets doktor” återfinns å andra sidan kondenserade meningsbärande enheter som hot mot autonomi och tvister med patienterna. Ansvar gentemot patienten upplevs hamna i strid med ens förpliktelser mot andra instanser, t.ex. olika myndigheter och politiker, och kan aktualiseras i frågor som rör patientens rätt att inneha skjutvapen, körkort eller rättigheter till intyg om olika förmåner eller ekonomiskt bistånd: *... det är jobbigt att rapportera till myndigheter som inte accepteras av patienterna... eller... när vi sjukskriver folk, har vi ett ansvar gentemot samhället...*

Delstudie II

Oklarheten i doktors roll i teamarbetet identifierades som ett latent och genomgående tema i detta arbete. Trots att informanterna kunde beskriva många fördelar med teamarbetet, fanns det ändå en ambivalens mot att gå från den traditionella doktorsrollen till en demokratisk medlem i ett multidisciplinärt team. Femton tolkande kondenserade meningsbärande enheter/kategorier (kursiverade i den löpande texten) samlade under åtta underteman (rubrikerna) får här illustrera denna ambivalens. Analysförfarandet finns illustrerat i tabell 2.

Teamarbete är slöseri med tid kontra tidsbesparande

Teamarbete tar mer tid än när man arbetar traditionellt, eftersom medlemmarna är så uppfyllda av sina egna agendor att de inte har tid att lyssna på vad andra har att tillföra. Det upplevs som att man *talkar förbi varandra*:

... det kan bli lite enahanda ibland, kan jag tycka, och det tar tid eftersom det är många som vill prata och pratar under en lång tid... var och en är så uppfylld av vad de har att säga...

Å andra sidan, efter en tid och när man har hunnit prata sig samman, upptäcker man att man kan spara tid genom att komplettera varandras historier med sina kunskaper om patienterna. Det uppstår en *samstämmighet* i teamet:

... jag behöver inte göra psykologens eller sjukgymnastens arbete... jag är bra på mitt område... och så delar vi kunskaper med varandra och hjälper varandra...

I teamarbete delar man på ansvaret kontra att ha huvudansvaret

Det upplevs som en lättnad för läkaren att kunna dela ansvaret för de tunga patienterna med de övriga i teamet. Man kan diskutera sina idéer om diagnos och behandling med de övriga i teamet och kan även remittera patienterna emellan sig. När alla i teamet förmedlar samma budskap till patienten, har det större genomslagskraft. Sådana meningsbärande enheter samlades under *samarbete*:

Vi kan överväga vilken behandling som är bäst och mest effektiv för patienten – samtal istället för psykoterapi t.ex. och det sparar pengar...

Teamarbetet kan utvidga läkarens handlingsmöjligheter, genom att andra medlemmar i teamet kan göra hem- eller arbetsplatsbesök. Även många av de traditionella läkaruppgifterna kan delegeras till andra teammedlemmar. Teamet utgör således en *utvidgning* av läkarens verksamhetsområde:

(Teamarbete)... ger i högre grad möjligheter till hem- och arbetsplatsbesök...

Allmänläkaren blir lätt för involverad och till en fadersgestalt för många av patienterna, vilket kan leda till känslor av otillräcklighet och maktlöshet. Genom teamet kan läkaren få distans och *stöd* från de övriga teammedlemmarna:

Du kan besparas den paternalistiska rollen och hela ansvaret för patienten.

Som distriktsläkare kan det vara svårt att alltid erbjuda sina patienter kontinuitet; man blir sjuk, behöver ha semester eller vara ledig av någon annan anledning. Istället kan teamet som alltid finns på plats erbjuda den nödvändiga *kontinuiteten* för patienten:

(Man kan erbjuda) hög kontinuitet, som inte hänger på en enda person...

Å andra sidan, kan läkaren som en demokratisk medlem i ett team bli tvungen att ge upp den position av medicinskt ledarskap, som han förväntas ha. Läkaren kommer inte längre *att ha allt i sin hand*:

Som doktor är du ju ändå den som har den ledande rollen, eftersom du är den som har det yttersta ansvaret för patienten.

I teamet blir läkaren en medicinsk expert kontra generalist

Läkarna upplevde att de i teamet kunde ägna sig åt den medicinska uppgift de en gång var tränade i att utföra. Det blev lättare att *avgränsa* det medicinska ansvarsområdet i och med att andra medlemmar i teamet bättre kunde ta hand om t.ex. de psykosociala frågorna:

Från att ha varit den allvetande får man en mer avgränsad expertroll, med ett mer begränsat ansvar.

I ett team skall läkaren stå för den medicinska kompetensen, vilket bättre stämmer med patienternas förväntningar på vad en doktor skall göra. I teamet blir man en mer *renodlad doktor*:

Man kan möta patientens förväntningar på vad en doktor skall göra.

I teamet förväntar man sig att läkaren skall kunna informera patienterna i medicinska frågor, t.ex. att förklara hur kroppen fungerar vid smärta. Andra typiska läkaruppgifter är att bedöma patientens förmåga ur ett medicinskt perspektiv, ansvara för medicineringen, bedöma patientens hälsa och kunna skilja allvarliga organiska sjukdomar från vanliga krämpor. Läkarens uppgift blir att ägna sig åt *typiska läkaruppgifter*:

(Man blir den som skall...) bedöma patientens förmåga ur ett medicinskt perspektiv.

Å andra sidan, kan expertrollen lätt komma i konflikt med allmänläkarens uppfattning om sig själv som generalist. Genom att vara patienternas närmaste förtrogna, känna till deras familjesituation och sjukhistoria har allmänläkarna en suverän överblick över patienternas hela situation. Dessutom företräder läkaren patienten i första hand och har inte som främsta uppgift att minska utgifterna från den egna "kassan". I den traditionella rollen kan läkaren uppleva sig som en *spindel i nätet*:

Du är någon sorts medlare i teamet och har överblicken, t.ex. i jämförelse med försäkringstjänstemannen, psykologen och alla de andra som skall ta hänsyn till andra ekonomiska intressen...

I teamet blir man delaktig i kunskapen kontra att vara allvetande

I teamet kan läkaren överge sin gamla roll som den allvetande, för att istället ta del av teamets gemensamma kunskaper. Sådant som man tidigare hade på känn med vissa patienter, kan nu verbaliseras genom diskussioner och genom information som tillförs från de andra medlemmarna. Läkaren inträder i en *lärande position*:

(I den gamla rollen)... kunde man ha en känsla av att patientens hälsa påverkades av olika faktorer, men man fick inte den där fördjupade kunskapen på samma strukturerade sätt...

Genom de andra teammedlemmarnas kunskaper och erfarenheter kan läkaren få en mer mångfacetterad bild av patientens problem. Genom att teammedlemmarna har olika utgångspunkter och olika sätt att se på saker och ting, tillförs läkaren *nya perspektiv*:

Olika yrkeskategorier behövs för att få en helhetsbild av patienten.

Å andra sidan finns det en risk för att läkaren inte längre får del av den viktiga kunskap, som en nära relationen med patienten kan ge. När de mer intima och förtroliga kontakterna med patienterna tas över av andra i teamet, blir läkarens *kunskaper ytligare*:

Den omedelbara kontakten med patienterna blir ytligare, när andra tar över den djupare kontakten...

Det finns även en oro för att läkaren skall *förlora kontrollen* över patienterna och över de medicinska frågorna i teamet och att det skall leda till en försämring av den medicinska vården i slutändan:

(Man blir inte längre)... den som har makten och huvudansvaret för patientens sjukdom och för behandlingen...

Delstudie III

Av 401 deltagare besvarade 400 alla de 15 frågorna i *Jeffersonenkäten*. Både Mann-Whitneys test och t-testet visade att det fanns en signifikant skillnad ($p < 0,001$) mellan DL och DSK i attityder till samarbete mellan läkare och sköterskor. Medelpoängen för DL var 49,4 och för DSK 51,7 och medianen 52 respektive 50.

Vi fann ingen signifikant skillnad i positiv attityd till samarbete ($p = 0,78$) mellan manliga och kvinnliga DL. Det fanns ingen signifikant skillnad i attityd mellan yngre (< 45) och äldre DL ($p = 0,76$). Inte heller kunde någon signifikant skillnad i attityd ses mellan yngre och äldre DSK ($p = 0,65$).

För *PSDF-enkäten* besvarade 375 deltagare alla de 21 frågorna. Mann-Whitneys icke-parametriska test visade att det fanns en signifikant skillnad mellan DL och DSK på alla frågorna, med undantag från fråga nummer 14 (den som mätte "omtänksamhet" ($p = 0,072$)). Frånsett detta undantag hade DSK högre poäng på varje enskild fråga.

Vi fann ingen signifikant korrelation mellan totalpoängen för *PSDF*- och *Jeffersonskalorna*. Enligt vår undersökning fanns det alltså inget samband mellan en positiv attityd till samarbete och en hög självskattning i yrkesrollen i de dimensioner som efterfrågas i *PSDF*.

Genom faktoranalys av Jeffersonskalan kunde fyra faktorer identifieras, som framgår av tabell 4. DSK hade signifikant högre poäng på alla faktorerna utom på faktor 3, som handlar om sjuksköterskans ansvar och autonomi där skillnaden mot DL inte var signifikant.

Tabell 4. Faktoranalys för Jeffersonskalan gav följande faktorer för allmänläkare och distriktssköterskor.

Faktor:	Frågor:
1. Delad utbildning och teamarbete	(jeff_3,14,15) träning i teamarbete under utbildningen; läkares utbildning i teamarbete; interprofessionella relationer i utbildningsprogrammen.
2. Distriktssköterskors psykosociala kompetens (bot kontra vård)	(jeff_2,6,7) sköterskors gensvar på psykologiska aspekter; sjuksköterskors och läkares gemensamma ansvarsområden; sköterskors pedagogiska och psykologiska färdigheter.
3. Distriktssköterskors ansvar och autonomi	(jeff_4,5,11,12) inblandning i policyfrågor; sköterskors redovisningsskyldighet; sköterskors inblandning i policyfrågor som rör sjukhusets inköp; sköterskors ansvar för att övervaka den medicinska behandlingen.
4. Läkarens auktoritet	(jeff_8,9) läkarens dominans; sköterskans efterlydnad av läkarens ordinationer.

Å andra sidan var skillnaden uttalad ($m=0,806$) på faktor 4, den som handlar om läkarens dominans, vilket innebär att distriktssköterskorna var mer negativa (positivt värde) till läkarens dominans än vad distriktsläkarna var.

För PSDF kunde tre faktorer urskiljas, vilka framgår av tabell 5. Även om DSK hade högre poäng på alla frågorna, utom på fråga 14, visade faktoranalysen ingen skillnad mellan grupperna på faktor 1, som handlar om normer och den professionella rollen, och faktor 3, som handlar om de sociala relationerna och lojaliteten mot den egna gruppen. Det fanns emellertid en signifikant skillnad på faktor 2, som visar att DSK hade klart högre poäng ($m=0,507$) på den vetenskapliga rollen. Spearmans rankkorrelationstest visade även att det fanns ett signifikant samband mellan den totala poängsumman för *Jefferson* och faktor 2 (den vetenskapliga rollen) i *PSDF*

Tabell 5. Faktoranalys av PSDF, Professional Self-Description Form, gav följande gemensamma faktorer för distriktssköterskor och distriktsläkare.

Faktor:	Frågor:
1. Den professionella rollen – normer	(PSDF_1,2,3,5,7,9,11) motivation; trovärdighet; objektivitet; problemlösningsförmåga; urskiljningsförmåga; oberoende; uthållighet
2. Den vetenskapliga rollen – nyfikenhet	(PSDF_6,12,17,19,20) pedagogisk förmåga; ledarskap; ambition; kreativitet; vilja att bidra till vetenskapen
3. Den sociala relationsrollen - lojalitet	(PSDF_8,13,14) anpassningsförmåga; omtänksamhet; medmänsklighet

Delstudie IV

Av 257 deltagande studenter besvarade 236 alla de 15 frågorna i *Jeffersonenkäten*. Således utelämnade 9,6% av deltagarna en eller fler frågor.

Varken Mann-Whitneys icke-parametriska test eller t-testet visade att det fanns någon signifikant skillnad i attityder, till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor, mellan förstaterminseleverna på GU och LiU ($p=31,5\%$ 2-sidigt). Inte heller fanns det någon signifikant skillnad i attityd mellan sistaårsstudenterna på GU och LiU ($p=61,1\%$ 2-sidigt).

Attityden till samarbete skilde sig signifikant mellan de kvinnliga och manliga studenterna på båda universiteten sammantagna. Medianvärdet var 51 ($m=50,5$) för de kvinnliga studenterna, jämfört med 49 ($m=49,1$) för de manliga.

Bland de studenter som tidigare hade arbetat i vården varierade erfarenhetens längd mellan en månad och 10 år, med ett medelvärde på 2 år. Det fanns inget samband mellan tidigare yrkeserfarenheter och attityd till samarbete, oavsett erfarenhetens längd ($p=97,8$).

Om studenterna på båda universiteten skulle betraktades som en grupp, så var förstaterminsstudenterna signifikant mer positiva ($p=2,1\%$) till samarbete än sistaårsstudenterna. Mann-Whitneys test visade en median på 51 ($m=50,7$) för förstaterminsstudenterna. För sistaårsstudenterna var motsvarande 50 ($m=49$). ANCOVA-testet visade att resultatet var oberoende av kön och universitet.

DISKUSSION

Om metoden

Detta avhandlingsarbete består av fyra delstudier varav de två första har en s.k. kvalitativ¹ metodansats och de två sista en kvantitativ. Att forskningsmässigt förflytta sig från det kvalitativa till det kvantitativa kan även beskrivas som en process, där man går från de allmänna och öppna frågorna till de snävare och mer preciserade. Eller att man följer upptäckens väg, från de lösa och allmänna frågorna via formuleringen av hypoteser och teorier till att pröva sina hypoteser i praktiken, d.v.s. man går från det induktiva till det deduktiva (Starrin et al. 2006).

Forskningsprocessen börjar med en undran över ett vardagsproblem. I mitt fall gällde frågan: Varför tycks distriktsläkarnas arbetsbörda bara öka och varför väljer inte fler läkare att arbeta inom en så bred specialitet, där man får lov att vara en doktor för ”hela människan”? Och varför tedde sig allmänläkarens uppdrag diffust och svåravgränsat och vad var definitionen på allmänmedicin? På basen av våra intervjupersoners svar kunde vi² sedan formulera en hypotes om att det kanske var balansgången mellan olika roller och perspektiv som gjorde tillvaron så besvärlig för distriktsläkarna. De tycktes heller inte vara adekvat förberedda för att hantera uppgiften att förena så olika perspektiv, samtidigt som allmänmedicinens bredd innebär att en distriktsläkare behöver vara insatt i ett stort kunskapsområde och behöver kunna hantera många vitt skilda uppgifter. En av följdfrågorna blev: Varför tar inte distriktsläkarna mer aktiv hjälp av andra yrkesgrupper, som har specialutbildning på de områden som inte distriktsläkarna behärskar eller klarar av att hantera? Istället för att uppleva en konflikt mellan olika perspektiv, skulle man på så sätt kunna få en fruktbar dialog med andra yrkesgrupper. Vi ställde frågan till en grupp distriktsläkare som hade lång erfarenhet av att arbeta i multidisciplinära team. Från de svar vi fick kunde en ny hypotes formuleras: Kanske är det så att många allmänläkare

¹ Diskussionen om kvalitativ eller kvantitativ handlar ofta om vilken av metoderna som har högst status, för att den ena mäter det ena och den andra mäter det andra, men egentligen kompletterar de varandra. Vissa forskare menar därför att frågan om kvalitativ eller kvantitativ metod är en pseudofråga, för egentligen finns det inget sådant som kvalitativ eller kvantitativ metod. Kvantitativ och kvalitativ hänvisar till egenskaper hos de fenomen vi söker kunskap om. Dessa egenskaper speglas i de data vi söker. Data kan vara kvalitativa (i form av ord) eller kvantitativa (i form av siffror) och båda behövs för att förstå världen (Åsberg 2001).

² Jag väljer att skriva ”vi” när jag resonerar om hur arbetet vuxit fram. Ytterst är det förstås min egen mening och ”jag” som står för de synpunkter som framförs. Men mycket växte fram i en fortlöpande diskussion med medförfattarna i de olika arbetena, därför väljer jag vi-formen.

känner sig skeptiska till teamarbete därför att de är tveksamma till den nya roll de skulle få i ett nära samarbete med andra yrkesgrupper, en roll som skiljer sig avsevärt från den traditionella doktorsrollen.

Från och med denna punkt i avhandlingsarbetet ville jag ställa mer preciserade frågor. Jag ville veta hur inställningen till samarbete med andra yrkesgrupper var bland allmänläkarna: Är allmänläkare mer negativt inställda till samarbete än distriktssköterskor? Hänger en positiv inställning till samarbete med andra yrkesgrupper samman med en hög självskattning i yrkesrollen? Och, går det att påverka läkares inställning till samarbete med andra yrkesgrupper i team, genom att introducera interdisciplinär undervisning under läkarutbildningen? Dessa frågor kan besvaras med sannolikheter eller med siffror, d.v.s. med kvantitativa data.

Tyvärr, kunde man inte med så smala och preciserade frågeställningar välja de instrument som hade varit optimala för studien. Jag var ju i första hand inte intresserad av läkares samarbete med sjuksköterskor, eftersom detta redan är ett så väl utforskat område, utan läkares inställning till samarbete överhuvudtaget och till teamarbete i synnerhet. För det ändamålet fanns det inga lämpliga enkätinstrument, som var både validerade och reliabilitetstestade. Alternativet hade varit att konstruera en ny lämplig skala, men jag valde att använda befintliga enkäter som mätte attityder till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor. Vi ansåg att dessa enkätinstrument skulle kunna mäta av distriktsläkares attityder till samarbete lika bra. Dessutom vet man av erfarenhet att det ofta är svårast att samarbeta med de grupper som de mest likartade arbetsuppgifterna och där gränserna inte är helt klara.

Om kvalitativ metod

Jag gör inte anspråk på att slutsatserna i de två första delstudierna, utgör generaliserbara sanningar om vad svenska distriktsläkare tycker i de här frågorna. Hamberg och medarbetare (1994) ger en bruksanvisning för hur man skall bedöma en kvalitativ studies trovärdighet:

1. Författaren bör vara medveten om och klargöra sina *förutfattade meningar*.
2. För att en studie skall vara *trovärdig* bör man redovisa analysprocessen, undvika slarv och förhastade slutsatser. Trovärdighet kan även uppnås genom att låta informanterna ta del av utskrifterna av intervjuerna.
3. *Pålitlighet* uppnås genom att studien anpassas till de förändringar i den studerade miljön och till nya data som dyker upp under studieperioden. En studie kan avslutas när man tycker sig ha uppnått *mättnad* i insamlade data.
4. *Resultaten får styrka* genom att forskaren förhåller sig neutral och inte styr den verklighet som skall beskrivas, utifrån privata och förutfattade

meningar. Fynd och begrepp skall återfinnas i data och inte hittas på eller konstrueras. Andra forskare skall kunna bedöma att resultaten är rimliga utifrån befintliga data, som därför måste vara förståeliga för utomstående.

5. Resultaten måste vara *överförbara*, med vilket menas att tolkningarna är plausibla, har en inre logik och går att kommunicera till andra. Fynden måste vara förståeliga och betraktas som rimliga av andra, t.ex. när de presenteras för distriktsläkare på fältet eller på vetenskapliga seminarier.

Således, de slutsatser vi drar i våra undersökningar är inga bevis, utan tolkningar och beskrivningar. Resultaten kan heller inte generaliseras, eftersom informanterna utgör en selekterad grupp av distriktsläkare. I stället redovisas demografiska data, som ålder, kön, yrkeserfarenhet och i någon mån arbetsmiljö så att läsarna själva får bedöma om våra data och slutsatser är relevanta för egen del.

Vår bedömning är att vi har följt ovanstående kriterier väl. I delarbetena har vi redovisat hur arbetet har gått till, hur vi gjorde urvalet, hur vi läste intervjuerna och diskuterade kondensat, tolkningar, underteman och huvudtema inbördes och med utomstående forskare. Resultaten har presenterats för andra allmänläkare och forskare och vi har fått bekräftelse på att våra tolkningar och teorier stämmer med vad andra har kommit fram till. Hamberg och medarbetare påpekar för övrigt att det finns en stor risk för att man fokuserar för mycket på giltighet och tillförlitlighet när man bedömer kvalitativa studier, och att man ägnar sig så mycket åt metod och metodgranskning att vägen till forskningsresultatet blir viktigare än resultaten i sig själva.

Risken för förutfattade meningar är stor när man intervjuar sina egna kollegor. Det kan ses som en svaghet att jag som huvudförfattare inte fullt ut har redovisat mina personliga erfarenheter av allmänläkaryrket och av min uppväxt i en läkarmiljö. Sådana faktorer har naturligtvis färgat mitt val av ämne, metoden och hur jag har selekterat och tolkat data. Problemet är att utrymmet ofta är för begränsat för den kvalitativa metodbeskrivningen i många medicinska tidskrifter.

Det finns för övrigt en hel del andra metodologiska överväganden att göra när man intervjuar sina kollegor (Coar & Sims 2006). En gemensam bakgrund kan öka förtroendet mellan intervjuaren och den intervjuade och på så sätt öka materialets trovärdighet. Samtidigt finns det en risk att informanten ser en granskande och bedömande kollega i intervjuaren, vilket kan förhindra att han eller hon vågar öppna sig helhjärtat i intervjun. Även om full sekretess kan garanteras kan man inte utesluta att informanten i första hand vill visa fram en positiv sida av sig själv inför den intervjuade kollegan. Så kan ha varit fallet i delarbete I, eftersom vi kände några av informanterna sedan tidigare och t.o.m.

hade arbetat ihop med några av dem. Samma reservation kan tillämpas på delarbete II, där jag var ytligt bekant med några av informanterna sedan tidigare.

Inom sociologin finns en riktning som kallas etnometodologi, som tagit denna risk på allvar (Gubrium & Holstein 1997). De menar att i forskningsintervjun får vi endast ta del av en friserad version av verkligheten. I det s.k. naturalistiska förhållningssättet nöjer man sig oftast med om informanterna instämmer (gärna med ett ”javisst, så där är det”) med den tolkning som forskaren har gjort av intervjumaterialet. I själva verket får vi bara reda på vad informanten vill visa fram för intervjuaren, d.v.s. den tolkning eller den förståelse av verkligheten som den intervjuade vill framhålla för intervjuaren. Genom sina uttalanden vill informanten bekräfta för intervjuaren vad de tillsammans skall ha eller har för förhållande till varandra. Tillsammans skapar de en verklighet och det är endast om den verkligheten som tolkningen av intervjuerna kan uttala sig, inte om vad informanten *egentligen* tycker om t.ex. sitt uppdrag eller om att arbeta i team.

Hade jag varit konsekvent så skulle jag i mitt första delarbete ha redovisat en av kommentarerna från en av de intervjuade allmänläkarna, som löd ungefär så här: ”Som du förstår så är jag ingen sån där SFAM:are”. Givetvis betraktade informanten mig som en ”sån där SFAM:are” och genom sitt uttalande ville han, medvetet eller omedvetet, tala om för mig vad vi hade för förhållande till varandra. Kommentaren klargjorde tillhörighet (eller habitus för att återknyta till Bourdieus begrepp). Och egentligen var det ett intressant uttalande, som sade mycket mer om honom, om mig och om vårt förhållande än det som var fokus för intervjun.

Innan jag går in på respektive delarbete, vill jag nämna några ord om terminologin i de kvalitativa arbetena. Användningen av begrepp som koder, kategorier, underteman, meningsbärande enheter i Delarbete I och II är inte helt logisk och i överensstämmelse med Granheims och Lundmans (2004) definitioner. Vi har använt ordet kategorier för det som egentligen borde ha hetat antingen ”tolkning av den latenta meningen i de kondenserade meningsbärande enheterna” eller ”under-underteman”. Begreppen blir lite långa och otympliga, varför vi valde att använda begreppet kategorier istället. Skall man vara strikt, så skall begreppet kategorier förbehållas kvaliteter hos uttalanden; om man har negativa och positiva uttalanden om ett fenomen placerar man dessa i olika fack, som utgör kategorierna. För att ta ett exempel ifrån något av delarbeten, så skulle man kunna tänka sig att dela in distriktsläkarnas uttalanden om teamarbete i positiva och negativa erfarenheter. Hade vi valt att fokusera på det manifesta innehållet i intervjuerna hade dessa fack kunnat vägas mot varandra och det skulle ha gett oss en uppfattning om vad informanterna tyckte om team. Istället valde vi att samla de meningsbärande enheterna under mer sofistikerade rubriker, ungefär så som Graneheim och Lundman illustrerar med sitt andra exempel. I sammanfattningen av delarbetena i avhandlingens ramberättelse har

jag försökt att använda de korrekta termerna, men anser inte att dessa begrepp har någon avgörande betydelse för slutresultatet.

Delarbete I

Den ursprungliga frågeställning var: ”Vad är allmänläkarens uppdrag?” och ”Hur kan man avgränsa uppdraget?” Eftersom undersökningen pågick under en längre tid och vi kompletterade de individuella intervjuerna med fokusgruppsintervjun, hann ”balanstemat” växa fram efter hand. Det som från början hade varit en fråga om uppdraget, kom alltmer att handla om komplexiteten i allmänläkarrollen.

Antalet deltagare var ganska begränsat, men efter sju intervjuer tyckte vi ändå att samma svar återkom och vi bedömde att materialet var tillräckligt rikt. En reflekterande kommentar var att deltagarna var för få och vi kompletterade därför de individuella intervjuerna med en fokusgruppsintervjun. Under denna intervju växte ytterligare tillämpningar av balanstemat fram.

Vi använder oss av ordet ändamålsenligt urval (Patton 2001). Vår avsikt var att intervjua *erfarna* allmänläkare och valde därför inte t.ex. bland allmänläkare i olika åldersgrupper, vilket också hade kunnat vara intressant i sammanhanget. Istället försökte vi få så stor variation som möjligt bland dem som deltog, några kvinnor, några män, några från storstad och några från landsbygd o.s.v. Informanterna valdes så att olika synsätt på allmänmedicinen skulle finnas representerade, alltifrån en mer personorienterad inriktning till en mer medicinorienterad inställning till vården.

Innehållsanalysen valdes som metod för att analysera intervjuerna. När man intervjuar människor om hur de ser på sin yrkesroll och sina centrala uppgifter kan det vara svårt att veta om det rör sig om renodlade erfarenheter eller om åsikter och attityder. Egentligen hänger erfarenheter och attityder ihop; mina erfarenheter av ett fenomen påverkar även min uppfattning om fenomenet. På samma sätt som min attityd till fenomenet påverkar hur jag upplever det. I den fenomenologiska metodiken intresserar man sig i första hand för människors livserfarenheter, t.ex. personliga erfarenheter av vården eller att vara patient (Malterud 1998). Därför passade den analysmetoden inte så bra i det här sammanhanget, eftersom det här knappast handlade om renodlad erfarenhetsforskning.

Delarbete II

En del av de metodologiska övervägandena har berörts inledningsvis. Delarbetet är en fallbeskrivning (Merriam 1988), i vilket jag intervjuade en liten grupp med allmänläkare med speciella erfarenheter av teamarbete. Deras åsikter kan inte sägas spegla vad svenska allmänläkare i allmänhet tycker om teamarbete.

Precis som i Delarbete I blandas i detta fall erfarenheter av med attityder till teamarbete och vi har haft svårt att renodla det ena från det andra; om man tycker teamarbete är bra så kan det vara betingat både av en positiv erfarenhet av teamarbete och av en attityd man vill framhålla. Vi valde därför innehållsanalysen som metod.

Delarbete III

Skillnaden mellan distriktsläkares och distriktssköterskors attityder till samarbete mellan läkare och sköterskor var mindre än vad vi hade förväntat oss. Att vi inte fick fram en större skillnad skulle naturligtvis kunna förklaras med svagheter i själva mätinstrumentet. Dessutom hade Jeffersonskalans validitet och reliabilitet ursprungligen testats på amerikanska läkar- och sjuksköterske-studenter, vilket kan ha minskat dess tillämpbarhet på praktiserande läkare och sjuksköterskor (Hojat et al. 1997).

Fråga 9 fick modifieras något för att passa distriktsläkare och distriktssköterskor. De ombads tänka sig in i en situation där de arbetade på ett sjukhus. Själva grundfrågeställningen var dock densamma. Vi ansåg inte att den minimala förändringen behövde föranleda en validering av den svenska versionen i svensk miljö. Dessutom hade Jeffersonskalan använts flera gånger tidigare i olika länder och bedömts passa i vitt skilda sjukvårdsmiljöer (Hojat et al. 2003). Jag hade även en personlig kontakt med Mohammadreza Hojat, författaren till Jeffersonenkäten, för att diskutera frågan. Han var av den uppfattningen att enkäten inte behövde valideras vid en så marginell ändring på en av frågorna.

Endast 375 av de 401 deltagarna besvarade alla 21 frågorna i *Professional Self Description Form*, PSDF (medan nästan alla besvarade alla frågorna i Jefferson), vilket kan bero på att en del av frågorna var svåra att förstå och att tillämpa på den egna praktiken. Säkerligen krävde vissa frågor en hel del tid och tankemöda för att besvaras rätt och det kan mycket väl vara så att några av deltagarna hellre hoppade över frågorna än gjorde sig mödan.

Efter tre skriftliga påminnelser var svarsfrekvensen inte tillfredställande. Endast 150 DL hade besvarat enkäten varför det var nödvändigt att ringa och påminna de övriga i urvalet. Efter påminnelsen erhöles ytterligare 50 svar från och grupperna var nu lika stora. Svarsfrekvensen var 67 procent vilket bedömdes som acceptabelt. Som bortfallsanalys och för att få en bild dem som inte hade besvarat enkäten (ca 100 i varje grupp) analyserades de 50 sista enkäterna separat. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan denna grupp och de övriga med avseende på ålder, kön eller attityd enligt Jeffersonskalan.

Frågorna 1, 10 och 13 fanns inte med i faktoranalysen för Jeffersonskalan. Frågorna fanns inte med in någon faktorerna, därför att de troligen hängde

naturligt ihop men andra frågor eller därför att de var så speciellt viktiga i sig själva. Den gemensamma faktoranalysen var dessutom en kompromiss; när varje grupp hade analyserats var för sig visade sig DL få 5 faktorer och DSK 4 faktorer. Av utrymmesskäl redovisades inte båda grupperna separat.

Delarbete IV

Resultatet i delarbete IV måste tolkas med stor försiktighet eftersom det var en tvärsnittsstudie. För att ta reda på vad som händer med medicinstudenters attityder till samarbete mellan sjuksköterskor och läkare under studietiden hade vi behövt följa samma grupp från termin 1-10 i en prospektiv studie. Vi kunde nu endast uttala oss om det aktuella läget.

Svarsfrekvensen bland studenterna på LiU var lägre än på GU: 63 % på första terminen och 77 % på sista året, vilket också minskar undersökningsresultatets trovärdighet. Förklaringen är att vi hade stora svårigheter att nå alla studenterna på LiU samtidigt. Trots upprepade försök till påminnelser, genom lärare och upprepade mail, lyckades vi inte höja deras svarsfrekvens nämnvärt.

Ca 10 % av studenterna besvarade inte alla frågorna på Jeffersonskalan, jämfört med närmare 100 % för deltagarna i Delarbete I. En förklaring kan vara att enkäten var utformad för praktiserande läkare och sjuksköterskor och flera av de svarande kan ha uppfattat att de skulle redogöra för sina praktiska erfarenheter av samarbete (som de nu inte hade) och inte för sina attityder.

Om resultatet

Allmänläkarens olika roller

I alla läkares yrkesroll ingår att balansera mellan olika perspektiv på människan och vården, men kanske är det ändå i allmänläkarrollen som denna konflikt är mest uttalad. Det är också där som det verkar orsaka störst vända. Det viktigaste temat i intervjuerna var balansgången mellan ett humanistiskt perspektiv, sammanfattat under subtemat ”den gode herden”, å ena sidan, och den medicinska expertrollen å den andra. Samma tema återkommer i informanternas beskrivning av läkarens roll i teamet, där läkaren sägs få en mer renodlad expertroll. Man upplever att det är en lättnad att få vara renodlad expert, eftersom det är den roll som man är utbildad till. Kompetensområdet renodlas och man får representera den roll som man tror att patienterna förväntar sig av en doktor. Samtidigt ser man en risk att andra yrkesgrupper skall överta den nära kontakten med patienterna och att läkarens kunskaper om patienten skall bli yttligare. Den kunskap om patienten som läkaren tillägnat sig i förtroende

upplevs ge värdefull information om bakomliggande orsaker till symtomet. Dessutom har allmänmedicinen kunnat hävda sin särställning genom den biografiska medicinen, i konkurrensen med andra yrkesgrupper och medicinska specialiteter (Armstrong 1979). Om människans livshistoria skall anförtros andra yrkesgrupper, kan det som är specifikt för allmänmedicinen gå förlorat.

Samtidigt ter sig föreställningen om ”den gode herden” som en utopi: Hur skall en och samma person kunna vara lyssnande, förstående, inkännande, guide och vägledare, pedagog, de svagas och åsidosattas beskyddare, kunna garantera sina patienter trygghet och kontinuitet, och samtidigt vara medicinsk expert? Förutom det brottas allmänläkaren med krav från politiker och administratörer på effektivitet och produktion, från patienter som lider av stress och relationsproblem, från pålästa patienter som kräver att bli botade snabbt (för de har så mycket annat de skall hinna med), på att vara med sina egna familjer och hinna med en aktiv fritid. Thunborg (1999) lyfter fram diskrepansen mellan allmänläkarnas idealbild av hur en läkare bör vara och hur verkligheten ser ut, som skapar frustration och missnöje med rollen. Istället borde man försöka hitta en realistisk målbild för allmänläkarrollen, menar hon, en roll som är möjlig att förverkliga.

Allmänläkaren står mitt i en konflikt mellan ideal och verklighet. T.ex. beskriver Friedson (1988) och Montgomery (2006) diskrepansen mellan vetenskapen, den som läkare säger sig praktisera, och praktiken som baseras på traditionell läkekonst, sunt förnuft och personliga erfarenheter. Den egna idealbilderna av att vara en neutral vetenskapsman som baserar sina diagnoser och behandlingar på vetenskapliga fakta är i mångt och mycket en myt, menar de. Till det kommer konflikten mellan läkarnas intentionella etiska yrkeskodex som mer utpekar ett idealtillstånd, och de ställningstaganden som görs i praktiken¹ och som ofta bygger på personliga egenintressen.

När läkarna skall hävda sin särställning gentemot andra yrkesgrupper pekar de ofta på denna speciella läkaretik. I egenskapen av yrkesutövare som grundar sina överväganden och sitt handlande på naturvetenskapliga fakta och en överlägsen yrkesetik, har läkaren traditionellt tilldelats en ganska privilegierad position med hög status, auktoritet i samhället, goda löner och goda möjligheter att kontrollera sitt arbetsliv. Vad kan hända när man i den positionen blir ifrågasatt och omvärlden börjar undra om ens prestige och status är befogad? Ja, för att återknyta till Katz (1999) kan det inträffa att man börjar se sig själv som man *tror* att andra ser en. Det behöver dock inte vara så att omgivningen verkligen ser det, som jag själv tror att de ser. Men jag blir avslöjad av mig själv, för mig själv och kommer då troligen att känna skam. Skammen kommer oftast av känslan att ha förbrutit sig mot gruppen, menar Katz. Om andra i gruppen, som inte har motsvarande status och förmåner, kan utföra mitt arbete ungefär lika bra

¹ Se även Stern (2006) och Hafferty (2006).

som jag själv, så har jag genom att undanhålla dem deras möjligheter förbrutit mig mot gruppen¹. Skammen gör att man vill bort, inte synas. Den kan också omvandlas till ilska och irritation över att ha blivit ifrågasatt. I den affekten jag känner kan min verklighetsbeskrivning rationaliseras till motsatser i svart och vitt. Ytterligare en annan vanlig reaktion på skam är, enligt Katz, ett behov av att ordna och ställa till rätta i sitt liv, t.ex. genom att städa och ordna i sitt hem. För en läkare kan man tänka sig att det motsvaras av ordna i sin tillvaro genom att arbeta hårt, ta många patientbesök, arbeta övertid och att inte "hinna" umgås med sina kollegor, d.v.s. att neka sig det lustfyllda i arbetet².

Balansen mellan olika roller återkommer i vår undersökning i förhållandet mellan bot och vård. Bot har traditionellt alltid haft en högre status i läkarkåren, som nämndes inledningsvis (Glouberman & Mintzberger 2001). Det är också den sida av läkekonsten som betonas mest under läkarutbildningen, medan vården av patienterna ansetts förbehållen andra yrkeskategorier med lägre status, som sjuksköterskor och undersköterskor. Det känns ofta otacksamt att inte kunna bota, eftersom det inte ger samma positiva feedback från patienterna och för att man inte ser konkreta resultat. Som läkare är man också dåligt förberedd för uppgiften att vårda, ge hopp, lindring och trygghet och allt det som ingår i den roll som vi valde att kalla "den gode herden", eftersom det inte ingår i det instrumentella och teknikorienterade synsätt på patienten som ofta förmedlas under läkarutbildningen (Conrad 1988).

Patienter med kroniska sjukdomar som inte längre är botbara remitteras ut från sjukhusen (därför att de inte längre är "medicinskt behandlingsbara") för att tas omhand i primärvården. Medan andra personalgrupper tar över allt fler av allmänläkarens "lättare" arbetsuppgifter, som akuta infektionsmottagningar, specialistmottagningar för astma och diabetes (Werkö 2003b), kan distriktsläkarna uppleva att det endast blir de tunga patienterna med de obotbara sjukdomarna kvar för dem att ta hand om.

Tidsaspekten, som uttrycks i balansgången mellan korta och långa konsultationer, tas upp som ett viktigt tema av informanterna. Bland svenska allmänläkare är 20-30 minuters konsultationer vanliga, men det betraktas som långt i internationella sammanhang (Deveugele et al. 2002). Bland allmänläkare pågår en diskussion om fördelarna respektive nackdelarna med korta konsultationer, men tidsaspekten har även en annan dimension; nämligen att

¹ Den känslan kunde jag själv känna inför mina medarbetare när jag arbetade som oerfaren Rotarydoktor i Kenya och skulle upprätthålla ett sken av kunskap inför patienter, som sökte för tillstånd som jag tidigare aldrig hade träffat på. Trots att mina medarbetare var mer erfarna och hade mer kunskaper än jag, hade de inte lika mycket betalt som jag i s.k. volontärlön.

² Genom att arbeta hårdare och prioritera patientarbetet framför alla andra aktiviteter, kan man övertyga sig själv (och förhoppningsvis andra) om att man är outhärlig för verksamheten och för sina patienter.

politiker och administratörer betraktar korta och många konsultationer som tecken på kvalitet och kostnadseffektiv vård (Lindberg 2003), speciellt när väntetiderna blir långa och tillgängligheten är låg. Dessutom kan antalet besök mätas i siffror. För allmänläkare kan det upplevas som att de blir ännu mer tidsstyrda, att de skall pressa in fler patientbesök och att tiden till annat, som reflektion och kompetensutveckling, minskar. Eftersom produktionskravet är förutsättningen för vårdcentralens överlevnad kommer det att överordnas all annan verksamhet.

En balansgång finns även i den motsättning som de intervjuade upplevde mellan att vara doktor för patienten å ena sidan och för samhället å den andra. ”Den gode herden” kan aldrig vara en doktor för samhället, utan måste se till sina patienter i första hand. Men det måste finnas en balans mellan tillgångar och utgifter i sjukvården. För primärvårdens läkare kan det verka som om budgeten aldrig räcker till och att kraven på hög produktion och många patientbesök får gå före kvalitén i vården. Till det kommer restriktioner på vilka mediciner man får skriva ut och inskränkta möjligheter att sjukskriva patienter. Många distriktsläkare upplever att de utsätts för en ökad kontroll från politiker och administratörer (de Fine Licht 2007). Istället för den samsyn och det närmande mellan parterna som hade behövts för att lösa den ekonomiska situationen, blir resultatet en ökad klyfta mellan administration och läkare. Men trots att läkarna känner sig jagade, missförstådda och att de inte får någon uppskattning för det de gör måste de ta ett ökat ansvar för helheten och inse att resurserna är begränsade och skall räcka till för allas behov (Lurie 1996).

Allmänläkaren som teamarbetare

De allmänläkare som intervjuades hade alla lång erfarenhet av att arbeta i multidisciplinära team. Sammantalet var bilden av teamarbete mycket positiv. Man nämnde fördelar som; att man kunde dela det ensamma ansvaret för patienterna med de övriga i teamet, att det traditionella ensamarbetet minskade, att teamet erbjöd en motvikt när man blivit för involverad med en patient och att det gav möjligheter till distansering när man kände sig hjälplös och otillräcklig i läkarrollen. Vidare ansåg man att teamarbetet kunde utvidga doktors handlingsutrymme och att teamet kunde erbjuda patienterna kontinuitet när man som doktor inte alltid kunde vara närvarande.

På samma sätt som i läkarens balansgång mellan olika roller uttryckte man här en konflikt mellan den traditionella doktorsrollen och den nya rollen som medlem i ett team, vilket man uttryckte i ambivalenta känslor. Man ansåg att någon i teamet måste ha den ledande rollen och att läkaren tog på sig den rollen kändes naturligt, eftersom läkaren har det medicinska ansvaret. Samtidig ifrågasätts det att det är läkaren som skall ha den ledande rollen (Cook et al. 2001) och, enligt

Werkö (2003a), skall den leda vårdlaget som är mest lämpad för uppgiften och det är inte givet att det alltid är läkarna.

Det fanns även en ambivalens mot att lämna över ansvaret för den nära och förtroliga kontakten som alltid varit förbehållen allmänläkaren till andra medlemmar i teamet, även om dessa har speciell utbildning för uppgiften. Det skulle dels kunna innebära att behöva släppa den generalistroll som ger allmänmedicinen dess status och existensberättigande gentemot andra specialiteter (Armstrong 1979) och dels kunna medföra att den egna kunskapen om patienten blev ytligare. Rollen som medicinsk expert kan också tyckas bli för endimensionell och tråkig om man förlorar den direkta kontakten med patientens livshistoria; för många allmänläkare är det just patienten och inte sjukdomen, som är fokus för intresset och kanske det främsta skälet till att man valde specialiteten.

Att arbeta i team är som att resa i okända vatten, speciellt om man inte är van vid att samarbeta med andra yrkesgrupper (van Weel 1994). Erfarenheten visar att oviljan mot teamarbete är störst bland dem som har mest att förlora av prestige och status. Intresset för samarbets- och teamfrågor är dokumenterat lägre bland läkare (Degeling et al. 2003). Det kunde även visas i vår jämförelse mellan distriktsläkares och distriktssköterskors attityder till samarbete mellan läkare och sköterskor, även om skillnaden inte var stor mellan grupperna. Erfarenheten säger att de som befinner sig nedanför på statusstegen gärna samarbetar uppåt, medan de som befinner sig högre upp ogärna samarbetar med dem som befinner sig längre ned (Abbot 1988). Intresset för ett gott samarbetsklimat tycks också vara högre bland sjuksköterskor än bland läkare (Baggs et al. 1997, Hojat et al. 2003). Betänkligheter mot teamarbete bottnar troligen även i en osäkerhet om vad som skall komma istället för den traditionella rollen: Vilken roll skall läkaren ha? Vilka uppgifter blir kvar för läkaren och vilka kan tas över av andra yrkesgrupper? Vad händer med den prestige och status som är förknippad med den traditionella läkarrollen, som innebär att vara patienternas första och närmaste kontakt, att ha överblicken över deras familje- och sjukhistoria och vara betrodd med frågor som har med liv och död att göra? Osäkerheten om vad som skall komma och behovet av en enhetlig och sammanhängande beskrivning av verkligheten kan medföra att man hellre står fast vid gamla vanor och rollideal än söker sig till det nya och okända (Maslow 1943, Dewey 2005).

I delarbete III framkom att yrkesrollen tycktes vara mer styrande än könsrollen för hur man såg på samarbete mellan läkare och sjuksköterskor. Framför allt för yrkesgrupper som befinner sig högt upp i hierarkin (som uppträder mycket på scenen), verkar yrkesrollen ha en mer dominerande plats (Lindgren 1992, Goffman 1959). Yngre läkare var inte mer intresserade av samarbete än sina äldre kollegor, tvärtom vad man skulle förmoda eftersom de gått en modernare utbildning. Förklaringen skulle kunna vara, att när man är yngre och mer osäker i sin roll är det ännu viktigare att vara sådan som man uppfattar att rollen kräver.

Lojaliteten till den egna yrkesgruppen är kanske också viktigare för en mer oerfaren läkare än samarbetet med andra yrkesgrupper, medan man som äldre kollega kan ha en mer pragmatisk inställning till samarbetsfrågor (Yildirim 2005).

I delarbete III kunde man inte visa att det förelåg ett samband mellan en positiv attityd till samarbete och en hög självskattning i den professionella yrkesrollen, vare sig för distriktsläkare eller för distriktssköterskor. Det kan bero på svagheter i undersökningsinstrumenten eller att det faktiskt inte finns ett samband. Hög tillfredställelse med den egna yrkesrollen kan istället innebära att man i första hand är lojal och känner samhörighet med den egna yrkesgruppen – en faktor som visade hög laddning för båda yrkesgrupperna i faktoranalysen. Däremot kunde man se ett samband mellan en positiv inställning till samarbete och den faktor på PSDF-skalan som stod för vetenskaplighet och nyfikenhet. Ett vetenskapligt förhållningssätt förutsätter som öppenhet, möjligheter till granskning och dialog och en önskan om evidensbaserad konsensusmedicin, och varför skulle inte det även kunna innebära att vilja samarbeta mer förutsättningslöst med andra yrkesgrupper.

Även om det inte fanns med i den ursprungliga frågeställningen visade undersökningen att distriktssköterskorna var mer tillfredställda i sin yrkesroll än distriktsläkarna. Det stämmer väl med vad Edwards et al. (2002) tidigare har rapporterat om läkares otrivsel i yrkesrollen, och med Thunborgs (1999) iakttagelser när hon intervjuade distriktsläkare och distriktssköterskor.

Medicinsk expert eller humanistisk doktor

Det finns tveklöst basala teoretiska och naturvetenskapliga kunskaper om sjukdomarna, om deras etiologi, förlopp och vilken behandling som skall användas för att man skall kunna bota dem. Den teoretiska kunskapen genereras oftast på universitet och av forskare som är skilda från praktiken, och mer sällan av praktiker. Den medicin som utövas i vardagen baseras dock oftast på den enskilde praktikerns erfarenheter, på vad som lärs ut under handledning, konventioner, sunt förnuft och vad som är bekvämt och passande (och ibland t.o.m. på egna vinstintressen). På grundval av den vetenskapliga expertis läkarna anses besitta på det biomedicinska området har de även fått en expertroll på att avgöra vad som skall räknas som sjukdom och avvikelse, menar Freidson (1988). Men ofta handlar det om moraliska och normativa bedömningar, som lika gärna kunde göras av vanliga lekmän. Som nämndes i introduktionen, har läkarna blivit experter på hur människor skall leva sitt liv, på hur stökiga elever skall behandlas, på stress, vantrivsel, alkoholism o.s.v., områden som kanske lämpar sig bättre för andra vetenskapstraditioner att fundera över. Frågan är om allmänläkarna skall begränsa sig till att vara experter på det medicinska området eller om de skall utöka sitt expertområde till beteendefrågorna och axla rollerna

av präst, polis, domare och advokat¹ för sina patienter? Skall allmänläkarna vara experter på medicinsk antropologi, sociologi och psykologi, som Olesen (2003) föreslår i sin modell? Vad vill man uppnå med det? Och räcker det inte att vara medicinsk expert, när det finns så många andra i ett team som kan ta hand om de andra uppgifterna?

Å andra sidan är kanske de humanistiska perspektiven nödvändiga för att förstå människors sjukbeteende men också för att förstå sin egen roll. De kan hjälpa läkaren att förstå sin egen begränsade roll i patienternas liv och att hjälpa patienterna att, själva eller tillsammans med sitt sociala nätverk, fatta beslut om hur deras liv skall levas; vilka avvikelser de skall betrakta som normala och för vilka de skall söka sjukvårdens hjälp. Kunskaperna behövs för att förstå och avgränsa sin egen roll i patienternas liv. Allmänläkarna behöver ha det humanistiska perspektivet, även om de är de medicinska experterna i ett team. Enligt de intervjuade distriktsläkarna i delarbete II ingår också i läkarens uppgifter att se och förklara sambandet mellan sjukdom, miljö, familje- och arbetsliv för patienterna. De flesta sjukdomstillstånd som förekommer i primärvården lämpar sig inte heller för behandling i team². De teammodeller som har beskrivits tidigare anses lämpade för patienter med långvarig smärta, psykosomatiska och psykosociala problem – en relativt liten grupp på en vårdcentral även om den tar mycket tid och kraft från personalen. Det är viktigt att hela tiden beakta, som Olesen (2003) påpekar, de antropologiska och sociala aspekterna av alla sjukdomar, som det banala exemplet med mamman som söker på mottagningen för sitt sjuka barn visar.

Läkarutbildningen och samarbete

Under arbetet med de första studierna kom frågan upp: Om läkare skall tillägna sig en positiv attityd till sam- och teamarbete måste då inte sådana moment tränas redan under läkarnas grundutbildning, eftersom det är under denna tid som en stor del av yrkesidentiteten grundläggs? Många internationella studier har visat att läkarstuderande som deltagit i interprofessionell undervisning i allmänhet är nöjda och anser att den har berikat deras kunskaper om andra yrkesgrupper (Hojat et al. 1999, Lascinger & Weston 1995, Fallsberg & Wijma 1999). Enligt enkätundersökningen i delarbete IV, tycktes emellertid inte de läkarstuderande som gick på ett utbildningsprogram med flera inslag av interprofessionellt lärande och praktik ha en mer positiv attityd till samarbete mellan läkare och sjuksköterskor, än de som gick ett traditionellt

¹ För dessa roller används även begreppet typologier, närmare beskrivet av Robinson et al. (2001).

² Men teamarbete kan även innebära att en arbetsplats är strukturerad som ett team. I ett sådant team kommer man överens om vad var och en skall göra, vilket inte nödvändigtvis innebär att man löser alla konkreta uppgifter tillsammans (Grumbach & Bodenheimer 2004).

utbildningsprogram utan särskilda interprofessionella inslag. Inte heller andra utvärderingar har kunnat visa att interprofessionell undervisning påverkar studenters attityder till samarbete positivt eller att den förbättrar samarbetet mellan yrkesgrupperna i vården (Barr & Freth 2000).

Man antar att identifikationen med professionen och att uppfylla de krav som förväntas av en i den blivande yrkesrollen tycks spela en långt viktigare roll än frågan om samarbete med andra yrkesgrupper (Hall & Weaver 2001, Petrie 1976). Ambitionen att bli upptagen som en fullvärdig medlem i läkarkollektivet kommer att överskylla de moment i läkarutbildningen som handlar om samarbete med andra yrkesgrupper (Conrad 1988, Haas & Shaffir 1982). Man identifierar sig därför med äldre läkares och handledares attityder till teamarbete och präglas av de intryck man får av den praktiska sjukvården (Hammik et al. 2007, Egidius 2006).

Intresset för samarbete mellan läkare och sjuksköterskor var oförmodat lägre bland de studenter som gick sista året på läkarutbildningen, vilket gällde studenterna vid båda universiteten. Det verkar logiskt att samhörigheten med den blivande yrkesrollen förstärks mot slutet av läkarutbildningen. Då blir det dessutom ännu mer angeläget att uppfylla de krav som ställs på den färdige läkaren. Intresset för den humanistiska sidan av medicinen tycks också minska allt eftersom studierna fortgår, med en tilltagande inriktning på den teknologiska och instrumentella medicinen (Conrad 1988).

Kvinnliga läkarstudenter hade en mer positiv attityd till samarbete än deras manliga studiekamrater. Samma skillnad i attityd återfanns emellertid inte mellan manliga och kvinnliga distriktsläkare i delarbete III. Förklaringen skulle kunna vara att under studietiden är det könstillhörigheten som styr attityden till samarbete, men för en färdig läkare dominerar yrkesrollens perspektiv. Studier har visat att kvinnliga läkare tidvis känner sig utsatta och obekväma i sin yrkesroll, speciellt i samarbetet med kvinnliga sköterskor (Gjerberg & Kjølørød 2001). Därför kan det vara ännu mer angeläget att inte avvika från den traditionella doktorsrollen.

Tidigare yrkeserfarenheter i vården bland de läkarstuderande tycktes inte medföra en mer positiv attityd till samarbete. I tidigare studier har man sett en tendens till ökad skepticism mot interprofessionellt samarbete bland vårdyrkesstudenter med tidigare yrkeserfarenheter i vården (Pollard et al. 2004). Man tolkade det som att studenterna hade påverkats negativt av tidigare erfarenheter av bristande samarbete mellan olika yrkesgrupper inom vården (Radeliff 2000).

Kanske behövs en mer radikal omformning av läkarnas studieplan för att en attitydförändring skall komma till stånd? Trots att olika yrkesgrupper inom vården arbetar med gemensamma patienter och vårdproblem äger deras grundutbildningar rum på helt åtskilda utbildningsinstitutioner, med separata

organisationer och lärarstab. En yrkesgrupps autonomi ger den visserligen privilegiet att kontrollera och utvärdera innehållet i sin egen undervisning, liksom minskad risk för granskning och inblandning från andra yrkesgrupper (Freidson 1988), men frågan är om den också tjänar vårdens och patienternas intresse.

Collins (1979) menar att den traditionella läkarutbildningen är både för lång och för kostsam. Det medför att läkartillgången aldrig kommer att motsvara efterfrågan och att läkarnas löner kan hållas höga¹. Den sociala snedrekryteringen till läkarutbildningen kommer också i viss mån att förbli oförändrad. Det mesta av kliniskt betydelsefull kunskap tillägnas dessutom under informella omständigheter under praktiktiden på olika avdelningar eller på andra arbetsplatser i sjukvården och stora delar av studenternas formella läkarutbildning saknar därför relevans för läkarnas praktiska yrkesutövning. Istället, föreslår Collins, borde alla börja som sjukvårdare och först därefter skulle de med intresse och läggning kunna gå en förkortad teoretisk läkar- eller sköterskeutbildning under några år, för att sedan återgå till sjukhuset för en mer avancerad vidareutbildning i någon specialitet. Intresset för sjukvård och inte de goda skolbetygen skulle i sådana fall bli det verkliga urvalskriteriet för att läsa till läkare, eller till något annat vårdyrke. Sjukvårdsutbildningarna skulle också kunna samordnas, för att anpassas till vårdens reella behov och inte efter professionernas särintressen. En sådan utbildningsreform är naturligtvis tämligen otänkbar; enskilda institutioner har alldeles för stort ekonomiskt intresse av att det nuvarande utbildningssystemet bevaras intakt, liksom professionerna av att skydda sin autonomi. Rent sakligt har i alla fall jag svårt att hitta sakliga argument mot förslaget.

¹ Jämför situationen på t.ex. Cuba, där tillgången på läkare är god men lönerna låga. Tillgängligheten till sjukvården är god och hälsovården har beskrivits som ett föredöme för andra (Fouchard et al. 2003).

Slutsatser

Jag har i diskussionsdelen redogjort för och problematiserat de viktigaste fynden i delarbetena. Huvudtemat var att det fanns en osäkerhet i allmänläkarrollen, i balansgången mellan olika perspektiv på uppdraget och mellan idealföreställningar om hur en läkare skall vara och hur den praktiska verkligheten gestaltar sig. Allmänläkarens uppdrag tedde sig även väl omfattande, särskilt om man skulle uppfylla egna och andras förväntningar på att vara en humanistisk doktor och en medicinsk expert. Det diskuterades om det omfattande uppdraget skulle kunna avlastas läkarna genom ett utökat samarbete med andra yrkesgrupper, t.ex. i team för speciellt de tyngsta patienterna. Men i ett team träder man in i en ny roll som är förenad med vissa risker; man blir en medlem som skall spela med på samma villkor som de andra i teamet och allmänläkarrollen förändras från att vara generalistens till att vara den medicinske expertens och därmed reduceras även läkarens tolkningsföreträde och inflytandet över patienternas vård. I förlängningen riskerar man att förlora den status som är förknippad med den traditionella läkarrollen. Dessa delarbeten säger ingenting om vad som kommer att bli fallet, men att många distriktsläkare säkerligen har farhågor för vad som skall hända och att det kan vara en förklaring till deras tveksamhet att engagera sig i teamarbete.

Samtidigt trivs många allmänläkare inte i sin roll och de utmaningar som allmänläkarna står inför idag måste hanteras och alternativa handlingsstrategier diskuteras. För att förstå varför en förändring är så svår att åstadkomma, behövs en mer systematisk beskrivning av tre olika nivåer som samspelar inbördes för att bevara det nuvarande systemet oförändrat. Mitt resonemang baserar sig fr.a. på Vaughans (2002) analys av Challengerolyckan.

Institutionsnivån

Denna nivå representeras av professionens egna institutioner; de medicinska fakulteterna, yrkesutbildningarna och de olika yrkesorganisationerna. Inom dessa institutioner formuleras den medicinska kunskapen, ramverket, målen och idealbilderna. Här skapas teorierna och den abstrakta kunskapen av teoretiker och forskare, varav många har ganska liten kontakt med den praktiska verkligheten. Behandlingsrekommendationer, guidelines, EBM och forskningsrapporter förankras efter diskussioner med administratörer och politiker och tillpassas styrsystemen, t.ex. olika kvalitetsindikatorer och prioriteringssystem. Besluten uppfattas av dem som skall utföra den praktiska vården som yttre restriktioner och krav, som inte har någon klar förankring i den praktiska vården. Det uppstår en klyfta mellan institutionernas representanter och administratörerna å ena sidan och utförarna å den andra. De senare upplever att de skall

förverkliga beslut som tas över deras huvuden. Resultatet blir ett bristande engagemang i vårdens organisation och målsättning.

På universiteten formas yrkesrollen och den professionella identiteten, dels genom förebilder i lärare och handledare och dels genom det som lärs ut och det sätt på vilket det lärs ut. Är målet en instrumentell och teknikfixerad vård, så påverkas de studenter som måste passera genom systemet i samma riktning. Problembaserad inläring, där man reflekterar över den egna praktiken och lär av fel och misstag, interprofessionalitet och humanistisk medicin får i ett sådant system låg prioritet och en ”dold” läroplan kommer att styra studenternas egentliga utveckling.

Organisationsnivån

Denna nivå omfattar både den politiska styrningen samt förvaltningens och verksamhetens organisation. Beslut som tas i samförstånd på denna nivå kommer att påverka den enskilda verksamheten. Verksamheten präglas även av den enskilda vårdenhetens kultur, d.v.s. vilken betoning man kommer att lägga på produktion, kvalitet, medarbetaransvar, kompetensutveckling och teamarbete. Politiker och administratörer tar beslut om organisationsförändringar och nya styrinstrument som t.ex. NPM, beställar-/utförarmodeller, besöksmål, och p4p¹. Förvaltningsnivån avgör hur dessa beslut skall omsättas i den praktiska verksamheten. Trots mycket tal om decentralisering så upplever medarbetarna i praktiken att besluten centraliseras alltmer, samtidigt som det ställs ökade krav på vad som skall åstadkommas till minskade resurser (Olsson 2008). Den ”giriga” organisationen kännetecknas av att medarbetarna åläggs fler uppgifter och att deras ansvarsområde ökar, medan de ekonomiska ramarna blir allt snävare. Som i exemplet med NASA-ingenjörerna kan resultatet bli en ökad grad av byråkratisering; medarbetarna anpassar sig passivt till beslut, som tas på en överordnad nivå som är skild från verksamheten, men utan eget engagemang, initiativförmåga och ansvar. Långsamt sker en tillvänjning till en vardag som är full av fel och misstag. Läkare slutar intressera sig för hur arbetet är organiserat och hänger sig helt åt patientarbetet. Istället för att ifrågasätta sin roll går man på medicinskt inriktade kurser som bekräftar den traditionella doktorsrollen – den enda fasta och trygga punkt man har att utgå från. Har man inga fasta och för alla kända ramar att arbeta inom och ingen stabil grund att stå på, förmår man heller inte att ta ansvar för sin egen verksamhet, reflektera över sin praktik och utveckla sina arbetsmetoder.

¹ NPM står för New Public Management som infördes på 90-talet i sjukvården med inspiration från det privata näringslivet för att kontrollera de ökade kostnaderna. p4P står för pay for performance som är ett sätt att betala primärvårdsläkare för att följa vissa kvalitetsindikatorer i sitt arbete med patienterna. Jag ger en mer utförlig beskrivning i kapitlet Nya utmaningar.

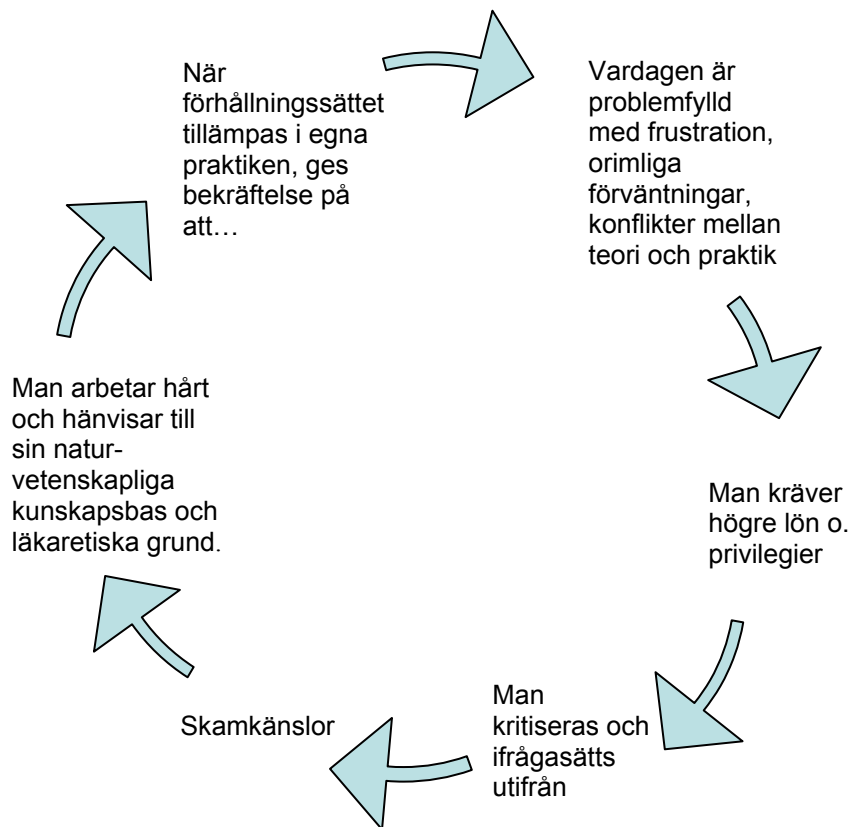
Individnivån

För att förstå varför allmänläkare kan fastna i gamla strategier kan det vara lärorikt att studera den kognitiva psykologins teorier om de recidiverande depressionernas mekanik. Olika individer har olika känslighet för att drabbas av depressioner, på samma sätt som människor är olika benägna för förändring. Första och kanske andra gången en individ drabbas av en depression finns det oftast ett allvarligt utlösande trauma bakom. Känsliga individer tenderar att fastna i ett cykliskt mönster av återkommande depressioner och så småningom utvecklas ett kroniskt tillstånd. Recidiven kan nu utlösas av minsta lilla händelse, som triggar igång ett system av negativa tankar. Tankarna omformulerar verkligheten och målar den i svart-grå toner: ”Jag duger ingenting till”, ”Ingen tycker om mig”, ”Det tjänar ingenting till att jag anstränger mig” o.s.v (Ingram et al. 1994). Verkligheten omformuleras så att den stämmer in i den förväntade negativa bilden – s.a.s. filtreras genom de egna tankarnas negativa raster. Tankarna påverkar sedan handlingarna och styr omgivningens reaktioner, så att den deprimerade får bekräftelse på att den ”falska” världsbilden är sann. Tanke- och beteendemönstret blir en dålig och själgenererande vana, skulle Dewey (2005) säga. Det finns en makt och viljestyrka i vanan, som kräver att få upprepas. Den omgivande miljön måste därför anpassas efter vanan för att vanan skall få sitt utlopp, istället för tvärtom.

I detta resonemang finns en parallell till många distriktsläkares situation, och jag skall försöka motivera varför. Jag menar att många distriktsläkare kan ha hamnat i den självgenererande och ”onda” cirkel, som illustreras i figur 1. Distriktsläkaren upplever en problematisk vardag med stress, för många patientbesök, orimliga krav och förväntningar, och kunskaper och teorier som inte stämmer med praktiken. Som kompensation för sitt slit och sin otrivsel kräver man högre lön och privilegier – som man naturligtvis anser att man är värd eftersom ens tjänster är så efterfrågade. Genom att hänvisa till sitt slit, det stora ansvaret, den långa utbildningen, den abstrakt naturvetenskapliga kunskapsbasen samt den särskiljande etiska värdegrunden hävdar man sin särställning. Vad som hävdas måste i någon mån också bekräftas i praktiken (samtidigt som kraven på extern granskning och redovisningsskyldighet ökar), vilket innebär att man får arbeta hårt och försaka självreflexion, kollegialitet och sådant som inte går att mäta av utomstående. Man hävdar det biomedicinska perspektivet och hamnar i en ständig moralisk konflikt mellan de etiska intentionerna och de egna behoven. Genom sina handlingar bekräftar man vanornas mönster och kraft och man leds tillbaka in i den problematiska vardagen.

I den kognitiva behandlingstraditionen varnar man för käcka tillrop, som t.ex. ”ta dig i kragen”, vilka snarare sägs förstärka den deprimerades känsla av oförmåga. På samma sätt kan uppmaningar som: ”Varför ägnar du dig inte åt fortbildning och umgås mer med dina kollegor?” eller ”Varför delar du inte på dina arbetsbördor med andra yrkesgrupper på vårdcentralen istället för att sitta

med allt själv?" upplevas som att man lägger ytterligare bördor på axlarna. Det är redan nog med det som är, tänker den enskilde distriktsläkaren, och drabbas dessutom av dåligt samvete för att inte uppfylla de förväntningar som han eller hon har på sig själv som doktor. Vissa har redan så negativa erfarenheter att de inte ens försöker förändra sin praktik. Andra gör försök, men när de ställs inför vårdcentralkulturens hårda krav återgår de ganska snart till gamla spår med stress, frustration, överbokade mottagningar o.s.v. Man får ännu en gång bekräftelse på att det inte finns tid och att det inte är någon idé. Vanan löper vidare sina gamla spår, med oförminskad energi.



Figur 1. Oföränderlighetens "onda" cirkel

Konsekvenser

- Förändringar mot ökat samarbete och förnyelse av läkarrollen behöver börja redan på institutionsnivå. Interprofessionell utbildning och praktik behöver få ett större utrymme än vad det har idag, eftersom vården av patienterna är ett gemensamt ansvar för alla yrkesgrupper som arbetar i sjukvården. Man borde diskuteras och utreda möjligheten för alla som vill utbildas till något vårddyrke, att först börjar arbeta i sjukvården med att omhänderta och vårda patienter och därefter välja att specialisera sig till något vårddyrke. Utbildningens innehåll och längd skulle kunna anpassas till vad som behövs för att senare kunna utöva det specifika yrket.
- Läkarutbildningens huvudmålsättning borde vara att utbilda och förbereda blivande läkare för den verklighet som de kommer att möta utanför universitetets och universitetssjukhusets murar. Den verkligheten består i första hand av människor som har sjukdomar och vars symtom inte alltid, eller t.o.m. ganska sällan, kan förklaras med organiska orsaker. Humanistiska, psykologiska och sociologiska perspektiv borde få en mycket mer dominerande roll i utbildningen.
- Primärvårdens organisation behöver lugn och stabilitet. Sannolikt kan man inte förvänta sig att distriktsläkare skall ta ansvar och känna sig delaktig i en organisation, som genom ständiga omorganisationer och förändrade arbetsvillkor slår undan fötterna för medarbetarnas verksamhet. En s.k. självständig arbetsplats måste innebära att man som medarbetare är med och påverkar hur målen för verksamheten skall formuleras, resurserna användas och verksamheten styrs – man kan inte enbart ta sitt ansvar för att öka produktionen, om det inte samtidigt åtföljs av en motsvarande tilldelning av resurser.
- Ett s.k. vetenskapligt förhållningssätt är inte överordnat bland många praktiserande läkare och en stor del av vanlig medicinsk praxis baseras inte på biomedicinsk kunskap. För att kunna etablera vetenskapligt beprövade metoder i vården och för att få enhetligare utredningar och behandlingar behövs kollegialt samarbete, interprofessionell samverkan och intern och extern granskning genom videokonsultationer, sit-ins och SPUR-inspektioner¹. Öppenhet för granskning och diskussion av medicinska rutiner och behandlingsmetoder behöver bli ett naturligt inslag i den kliniska vardagen. En läkare som inte följer medicinska

¹ Sit-ins betyder att en kollega sitter med under en annan kollegas patient konsultation. Man talar om SPUR-inspektion när kollegor från en eller flera vårdcentraler följer arbetet på den vårdcentral som skall inspekteras, under en eller flera dagar, och sedan ger ett utlåtande med förslag till kvalitetsförbättringar.

behandlingsrekommendationer, som felbehandlar patienter och som missbrukar sin auktoritet och allmänhetens förtroende skall inte, som nu, kunna arbeta bakom stängda dörrar utan insyn och utan att bli ifrågasatt. Patienter som behandlas fel eller får illa, precis som patienter som bollas mellan olika vårdenheter eller övermedicinerar, måste betraktas som hela professionens angelägenhet och inte som den enskilde läkarens.

- Många distriktsläkare behöver bryta sig loss från ett destruktivt och självgenererande kretslopp av självömkan över tunga bördor och orimliga förväntningar¹. Istället för att se motsättningar mellan olika roller och perspektiv borde de se den komplementaritet som berikar seendet och förståelsen av verkligheten. Allmänmedicinen behöver därför finna en realistisk målsättning som är i samklang med samhällets utseende, för att inte riskera att förtvina i motsättningen mellan slitsam och grå vardag och ouppnåeliga läkarideal. Alla patienter behöver inte ha en kontinuerlig läkarkontakt, men gamla och psykosocialt utsatta grupper behöver det särskilt. Kroniskt sjuka patienter behöver en trygg och kontinuerlig kontakt med vården, men det behöver inte alltid vara med en läkare. En del barnfamiljer kanske behöver en bra barnläkarkontakt i första hand. Unga storstadsmänniskor vill inte i första hand ha en fast läkarkontakt, utan någon som snabbt och enkelt kan åtgärda deras problem. Det finns inga givna och på en gång färdiga lösningar som passar för allas behov. Däri ligger, tror jag, allmänmedicinens stora utmaning; att kunna samordna vad man i professionen tror är bra behandling med sina ”kunders” upplevda behov. Eftersom den övriga sjukhusvården tenderar att behandla alla människor lika utifrån de sjukdomar de har, är det allmänmedicinska perspektivet nödvändigt – patienter är människor i första hand och ingen sjukdom ter sig lik från en person till en annan.
- En allmänläkares huvuduppgift borde vara att med sina patienter stanna upp och få dem att inse medicinens begränsade möjligheter att lösa deras problem; de snabba lösningarna är inte alltid de bästa; antibiotika botar inte förkylningen; symtomen och lidandet beror inte alltid sjukdomar som kan botas utan är sidor av livet som måste hanteras. Allmänläkares uppgift blir att diskutera och motivera för patienten hur man bäst skall lösa problemet för att undvika att överbehandla, överdiagnostisera och överremittera. För det behövs de medicinskt sociala, psykologiska och antropologiska perspektiven på människan och sjukdomen.

¹ Viktoria Thiger (2008) tillhör dem som inte tänker KLARA det längre. Hon menar att det är de många äldre kollegorna som visserligen gnäller men samtidigt uthärdar orimliga arbetsförhållanden, arbetar övertid och stressar sig igenom patienterna, som gör det omöjligt för yngre distriktsläkare att skapa sig en draglig tillvaro på många vårdcentraler.

- Idag är allmänläkarens egen kompetensutveckling en privat angelägenhet, som inte värderas. En målbeskrivning är därför lika nödvändig för färdiga specialister, som den är för blivande specialister. Av den skulle framgå vilka realistiska och nåbara mål professionen anser att en allmänläkare skall sträva efter. Genom att återkommande stämma av mot målbeskrivningen, kan man visa för sig själv och sina uppdragsgivare att man uppfyller de vedertagna kriterierna för att få utöva specialiteten¹.
- En gemensam målbeskrivning ger en stabil grund och anger riktningen för de nya vanor som behöver etableras för att man skall kunna anpassa sig till det sammanhang man verkar i. Men en ambition att ändra ett förhållningssätt räcker inte; goda avsikter resulterar lätt i halvhjärtade försök som misslyckas, varefter man återbördas till den ”onda” cirkeln av dåliga vanor. Den negativa världsbilden bekräftas åter; patienterna och sköterskorna knackar på dörren, pappershögarna växer, och det finns ingenting man kan göra för att förändra sin situation. För att kunna bryta destruktiva mönster måste man tillägna sig nya vanor som ersätter de gamla och förlegade. Och varför skulle inte dessa nya vanor kunna bestå i att ständigt reflektera, att ifrågasätta det man gör och de resultat man åstadkommer och i att utsätta sig för det osäkra genom att pröva nya metoder och strategier?

Fortsatt forskning

- Allmänmedicinsk forskning kommer att bli alltmer nödvändig. Det som i första hand behöver beforskas är det fält där den biomedicinska kunskapen möter individen. Man behöver besvara frågor som: Vad är och hur uppstår sjukdom? Hur yttrar sig sjukdom hos olika individer? Vad betyder uppväxt och social miljö för upplevelsen av sjukdom? Hur bidrar sjukvården till att frisk- eller sjukförklara människor? Hur stödjer man människor så att de själva eller tillsammans med andra i sitt sociala nätverk löser problem och tar hand om sina krämpor? Här behöver medicinska, antropologiska, sociologiska och psykologiska perspektiv och forskningstraditioner mötas för att frågorna skall kunna besvaras på ett adekvat sätt. Även alternativmedicinen behöver bjudas in till dialog.

¹ Ett förslag på recertifiering har just inlämnats till Sveriges Läkarförbund från Svensk Psykiatrisk Förening. Ungefär samtidigt lämnade Svensk Förening för Allmänmedicin ett liknande förslag till Läkarförbundet, men med mer betoning på uppdragsgivarens skyldighet att tillgodose allmänläkarnas behov av fortbildning i det nya fria världsvalssystemet.

- Den allmänmedicinska forskningen behöver även analysera allmänläkarnas arbetsmetoder: Hur skall det breda åtagandet fördelas? Vad tycker allmänläkarna skall ingå i uppdraget? Hur kan man dela på ansvar, förståelse och diskussion med andra yrkesgrupper i vården, i team eller andra samarbetsformer? Hur skall man kunna ta ett gemensamt ansvar för patientens vård, oavsett om patienten tillhör den eller den andra doktorn, befinner sig på sjukhemmet eller på sjukhuset, tillhör den kommunala vården, landstingsvården eller socialvården, kort sagt ta ett ansvar även när patienten befinner sig utanför det egna synfältet?
- Undersökningen av allmänläkarens uppfattning av sina olika roller och på vilket sätt de berikar respektive försvårar praktiken, behöver fullföljas och fördjupas.
- Läkarutbildningens bidrag till allmänläkarens upplevelse av konflikt mellan olika roller behöver förtydligas. Vad upplever de medicinstuderande att det förväntas av dem som färdiga läkare? Hur tror de att man skall vara som läkare? Vad har de för uppfattning om den verklighet som väntar dem när de är färdiga? Hur skall läkarutbildningen se ut för att färdiga läkare skall se sig som en del i ett större sammanhang och i en organisation där tillgång och efterfrågan på resurser måste balanseras och där patienters olika upplevda behov måste vägas mot sjukvårdens bedömning av vilka som är de reella medicinska behoven?
- Hur behöver interprofessionell utbildning vara utformad för att den skall ge en bestående känsla för och ett behov av att samarbeta med andra yrkesgrupper? Man skulle behöva göra prospektiva studier av studenter på olika universitet med olika inslag av interprofessionell utbildning, för att kunna göra adekvata utvärderingar.
- Ytterligare frågor som behöver besvaras är: Hur skall team och samarbete definieras? Hur skall teamsamverkan utvärderas och går det att utvärdera överhuvudtaget? Behövs det fler randomiserade interventionsstudier av olika samarbets- och teamprojekt och hur skall de i så fall utformas i t.ex. primärvården? Vad kostar teamarbete och vad är de ekonomiska effekterna?

TACK!

Ett stort tack till alla er som inte nämns här men som ändå på något vis varit engagerade eller delaktiga i min forskningsprocess!

Men särskilt vill jag nämna:

Bengt Mattsson, min huvudhandledare, för din ödmjukhet, ditt tålamod, din envishet, kunskap, följsamhet, ditt engagemang och din måttfullhet! Du förkroppsligar alla de egenskaper som en god handledare skall ha.

Ronny Gunnarsson, lärare och medförfattare, för din akuthjälp i nödsituationer och för dina fängslande och inspirerande forskarkurser.

Febe Friberg, handledare och medförfattare, för att du med stort tålamod lotsade mig igenom den kvalitativa forskningsmetodikens alla grund och blindskär.

Kerstin Segersten, lärare och medförfattare, för dina värdefulla synpunkter och din kritiska blick.

Lolo Humble, för den praktiska hjälpen med avhandlingsarbetet.

Sven Kylén, min chef, påhejare, diskussionspartner och granskare, för att du alltid med samma entusiasm har stött och uppmuntrat mig och skapat goda förutsättningar för forskningsarbetet.

Eva Larsson, forskarassistent, för att du har skapat en god arbetsmiljö på FoUU-enheten i FyrBoDal och hjälpt mig med granskningsarbetet.

Birgitta Gedda, diskussionspartner och medförfattare, för din entusiastiska och engagerade kritik.

Bertil Marklund, medförfattare, för dina kloka kommentarer.

Tobias Arvemo, statistiker och medförfattare, för din hjälp med att bearbeta och analysera data.

Catherine Dahlström, för din hjälp med den engelska språkgranskningen.

Mats Foldevi, medförfattare, för synpunkter och för hjälpen med enkätarbetet på Linköpings Universitet.

Inger Hagqvist, min rumskamrat och studierektorskollega, för våra engagerade diskussioner och all uppmuntran du gett mig under arbetets gång.

Göran Wennberg, primärvårdsdirektör i FyrBoDal, för ditt stöd till min forskning.

Helene Eriksson, personalchef, för ditt stöd och engagemang.

Nora Machado, universitetslektor, för en fängslade kurs i mikrosociologi.

Tack också **Ida, Stina** och **Lisa** för er fördragsamhet och för att ni finns!



Avhandlingsarbetet har möjliggjorts genom finansiellt stöd från FoU-rådet i FyrBoDal och från Försäkringskassan. Tack också för att jag har fick utrymme i min tjänst i Primärvården i FyrBoDal för att kunna ägna mig åt min forskning!

REFERENSER

- Abbot, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- André, M. (2004) *Rule of the thumb and Management of common infections in General Practice*. Akademiska avhandling, Linköpings Universitet.
- Armstrong, D. (1979). *The emancipation of biographical medicine*. Social Science and Medicine, 13, 1-8.
- Asplund, J. (1991). *Essä om Gemeinschaft och Gesellschaft*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Allebeck, P., Eriksson, M., Ferraz-Nunes, J., Holmer, J. Jonsson, J., Löfström, M. & Lönnroth, K. (2001). *Utvärdering av DELTA-projektet på Hisingen*. Stockholm: Kommentus Förlag.
- Andersson, S. (2008). *Hälsa och standard förbättras i Kenya men sjukvårdens metoder släpar efter*. Läkartidningen, 105, 60-61.
- Baggs, JG., Schmitt, MH., Mushlin, AI., Eldredge, DH., Oakes, D., & Hutson, A.D. (1997). *Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units*. American Journal of Critical Care, 6, 393-9.
- Bailey, P., Jones, L. & Way, D. (2006). *Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration*. Journal of Advanced Nursing, 53, 381-91.
- Baldwin, PJ., Dodd, M. & Wrate, R. (1997). *Young doctors' health – II. Health and health behaviour*. Social Science and Medicine, 45, 41-44.
- Baldwin Jr., DC. (2007). *Territoriality and power in the health professions*. Journal of Interprofessional Care, 21, 97-107.
- Balint, M. (1978). *Läkaren, patienten och sjukdomen*. Lund: Studentlitteratur.
- Barr, O. (1997). *Interdisciplinary teamwork: consideration of the challenges*. British Journal of Nursing, 6, 1005-10.
- Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I. & Reeves, S. (2000). *Evaluations of interprofessional education: A United Kingdom review for health and social care*. URL: <http://www.caipe.org.uk/publications.html>.
- Barrett, M., Brown, E., Chiou, V., Murray, J. & Roland, E. (2000). *Why Doctors Hate The Net*. Forester Research. <http://www.forrester.com/ER/Research/Report/Summary/0,1338,9114,FF.html>.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Becker, HS., Geer, B., Strauss, AL. & Hughes EC. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.
- Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Macmillan.

- Bennet, G. (1998). *The doctor's losses: ideals versus realities*. British Medical Journal, 316, 1238-40.
- Bergh, H. (2005). *Frequent attenders in primary health care. A vulnerable patient group seen from a biopsychosocial perspective*. Avhandling: Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.
- Björvell, H. (1999). "Patient empowerment" – målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. Läkartidningen, 96, 4816-20.
- BMA – British Medical Association. (1999). *Teamwork in primary care*. <https://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Teamwork+in+primary+care>
- Boman, DM., Bäckström, M., Dahlqvist, R., Hägg, S., & et al. (1998). *Läkemedelsbiverkningar som orsak till akut intagning vid medicinklinik*. Abstrakt LÄ 14P, Svenska Läkaresällskapets Riksstämman.
- Bonaccorso, SN. & Sturchio, JL. (2002). *For and against: Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience: Against*. British Medical Journal, 324, 910-11.
- Bourdieu, P. (1986). *Kultursociologiska texter*. Stockholm: Förlaget Salamander.
- Brattberg, G. (1996). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber utbildning.
- Buber, M. (1994). *Jag och du*. Ludvika: Dualis Förlag.
- Carlsson, SG. (2001). *Psykologi i primärvården*. Rapport från Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitetet. <http://www.psy.gu.se/PDF/Psykologiiprimarvarden.pdf>
- Carlström, E. & Berlin, J. (2004). *Boken om team*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*. Social Science and Medicine, 44, 681-92.
- Charles, C., Redko, C., Whelan, T., Gafni, A., & Reyno, L. (1998). *Doing nothing is no choice: lay constructions of treatment decision-making among women with early-stage breast cancer*. Sociology of Health and Illness, 20, 71-95.
- Chew, M. (2001). *Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction*. The Medical Journal of Australia, 175, 85-86.
- Coar, L. & Sims, J. (2006). *Interviewing one's peers: Methodological issues in a study of health professionals*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 24, 251-6.
- Collins, R. (1979). *The Credential Society: An Historical Sociology of Education and Stratification*. New York: Academic Press.
- Conrad, P. (1988). *Learning To Doctor: Reflections on Recent Accounts of the Medical Scholl Years*. Journal of Health and Social Behavior, 29, 323-32.
- Cook, R. (1996). *Paths to effective teamwork in primary care settings*. Nursing times, 14, 44-45.
- Cook, TH. (1998). *The effectiveness of inpatient case management: fact or fiction?* Journal of Nursing Administration, 31, 36-46.
- Cook, G., Gerrish, K. & Clarke, C. (2001). *Decision-making in teams: Issues arising from two UK evaluations*. Journal of Interprofessional Care, 15, 141–151.
- Coulter, A. (1995). *Shifting the balance from secondary to primary care*. British Medical Journal, 311, 1447-1448.

- Coulter, A. (1999). *Paternalism or partnership? Patients have grown up – and there's no going back*. British Medical Journal, 319, 719-20.
- Dahlgren, L. (1991). *Studie av arbetsmiljö*. I Bengt Starrin: Från upptäckt till presentation. Lund: Studentlitteratur.
- Damasio, AR. (2003). *Descartes misstag*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Damm, M. (2007). *Systematiskt arbetsmiljöarbete enligt AFA-metodik inom läkargruppen vid Kungälv's sjukhus*. Samhällsvetenskaplig rapport från Göteborgs Universitet.
- Damm, M. (2008). *Profession eller kollektiv rörelse? Vart är medicinare och personalvetare på väg?* Avsnitt ur opublicerat material. Handelshögskolan, Göteborgs Universitet.
- Davies, C. (2007). *Getting health professionals to work together. There's more to collaboration than simply working side by side*. British Medical Journal, 320, 1021-2.
- Davies, R. (1994). *The Cunning Man*. London: Penguin Books.
- Deber, R. (1994). *Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information*. Canadian Medical Association Journal, 151, 171-5.
- Deber, R. (1994). *Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate*. Canadian Medical Association Journal, 151, 423-7.
- de Fine Licht, J. (2007). *Läkaren som politisk aktör. En undersökning av rolluppfattningar bland sexton primärvårdsläkare ur ett politiskt perspektiv*. C-uppsats: Statsvetenskapliga Institutionen, Göteborgs Universitet
- Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J. & Coyle, B. (2003). *Medicine, management, and modernisation: a "danse macabre"?* British Medical Journal, 326, 649-52.
- Dewey, J. (2005). *Människans natur och handlingsliv*. Göteborg: Daidalos Bokförlag.
- Deyo, RA. & Phillips, WR. (1996). *Low back pain. A primary care challenge*. Spine, 21, 2826-32.
- Double, D. (2002). *The limits of psychiatry*. British Medical Journal, 324, 900-4.
- Dowric, C. (1997). *Rethinking the doctor-patient relationship in general practice*. Health and Social Care in the Community, 5, 11-14.
- Doyal, L. & Cameron, A. (2000). *Reshaping the NHS workforce necessary changes are constrained by professional structures from the past*. British Medical Journal, 320, 1023-1024.
- Driessen, E., van Tartwijk, J. & Dornan, T. (2008). *The self critical doctor: helping students become more reflective*. British Medical Journal, 336, 827-30.
- Dunstone, DC. & Reames Jr, HR. (2001). *Physician satisfaction revisited*. Social Science and Medicine, 52, 825-37.
- Edwards, N., Kornacki, M. & Silversin, J. (2002). *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?* British Medical Journal, 324, 835-8.
- Egidius, H. (2006). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Einhorn, S. (2005). *Konsten att vara snäll*. Stockholm: Forum.

- Elwyn, G., Edwards, A., Gwyn, R. & Grol, R. (1999). *Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars*. *British Medical Journal*, 319, 753-756.
- Ewelyn, G. & Hocking, P. (2000). *Organisational development in general practice: lessons from practice and professional development plans (PPDPs)*. *BMC Family Practice*, 1:2, URL: www.biomedcentral.com/1471-2296/1/2.
- Fallsberg, MB. & Wijma, K. (1999). *Student attitudes toward the goals of an interprofessional training ward*. *Medical Teacher*, 21, 576-81.
- Farrell, MP., Schmitt, MH. & Heinemann, GD. (2001). *Informal roles and the stages of interdisciplinary team development*. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 281-95.
- Festinger, L., Reicken, H. & Schachter, S. (1956). *When Prophecy Fails*. New York: Harper Torchbooks.
- Firth-Cozens, J. (2003). *Doctors, their wellbeing, and their stress. It's time to be proactive about stress – and prevent it*. *British Medical Journal*, 326, 670-1.
- Forsell, A. (1999). *Offentlig reformation i marknadsmodellernas spår? SCORE Rapportserie 5*, Stockholms Universitet.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. New York: Taylor & Francis Ltd.
- Fouchard, J., Grønlykke, A., Haxholdt, H., Sales, Y., Schulsinger, C. & Thybo, S. (2003). *Primær sundhetstjeneste på Cuba – inspiration til resten af verden?* *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning og Social Medicin*, 81, 1153-66.
- Freemantle, N. & Hill, S. (2002). *Medicalisation, limits to medicine, or never enough money to go around?* *British Medical Journal*, 324, 864-5.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fugelli, P. (1998). *Folkehelse – folkets helse?* *Tidsskrift for Norske Lægeforening*, 118, 1421-5.
- Fältholm, Y. (2002). *“Patienter, inte läkare, är sjuka”. Undersökning av långtidssjukskrivna läkare i Norrbottens läns landsting*. Rapport, Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet.
- Garfield, S. (1970). *The delivery of medical care*. *Scientific American*, 222, 15-23.
- Gask, L. (2004). *Powerlessness, Control, and Complexity: The Experience of Family Physicians in a Group Model HMO*. *Annals of Family Medicine*, 2.
- Gieryn, T. (1983). *Boundary-work and the demarcation of science from non-science: strains and interests in professional ideologies of scientists*. *American Sociological Review*, 48, 781-95.
- Gjerberg, E. & Kjølørød, L. (2001). *The doctor–nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse?* *Social Science and Medicine*, 52, 189-202.
- Glazier, RH, Dalby, DM, Badley, EM, Hawker, GA., Bell, MJ, et al. (1998). *Management of common musculoskeletal problems: a survey of Ontario primary care physicians*. *Canadian Medical Association Journal*, 158, 1037-40.
- Glouberman, S. & Mintzberger, H. (2001). *Managing the Care of Health and the Disease –Part I: Differentiation*. *Health Care Management Review*, 26, 56-92.
- Glover, C. & Bogle, I. (2000). *Team working in Primary Health Care. Realising shared aims in patient care*. Final Report. Published by the Royal Pharmaceutical Society

- of Great Britain and the British Medical Association. URL:
www.vpsgb.org.uk/pdfs/teamworking.pdf.
- Goffman, E. (1959). *Jaget och maskerna*. Stockholm: Nordsteds Förlag, 2006.
- Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual*. New York: Pantheon Books.
- Graneheim, UH. & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today, 24, 105-12.
- Grumbach, K. & Bodenheimer, T. (2004). *Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice?* Journal of American Medical Association, 291, 1246-51.
- Gubrium, JF. & Holstein, JA. (1997). *Ethnomethodology in The New Language of Qualitative Research*, s. 38-57. NY: Oxford University Press.
- Gullberg, M. (1996). *Health Care Professionals' Self-Description*. Akademisk avhandling vid avdelningen för vårdvetenskap, Linköping Universitet.
- Haas, J. & Shaffir, W. (1982a). *Ritual Evaluation of Competence. The hidden curriculum of professionalization in an innovative medical school program*. Work and Occupations, 9, 131-54.
- Haas, J. & Shaffir, W. (1982b). *Taking on the role of doctor: a dramaturgical analysis of professionalization*. Symbolic Interaction, 5, 187-203.
- Hafferty, FW. (2006). *Professionalism – The Next Wave*. The New England Journal of Medicine, 355, 2151-2.
- Hagström, B., Mattsson, B., Wimo, A. & Gunnarsson, RK. (2006). *More illness and less disease? A 20-year perspective on chronic disease and medication*. Scandinavian Journal of Public Health, 34, 584-8.
- Hall, P. & Weaver, L. (2001). *Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road*. Medical Education, 35, 867-75.
- Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G. & Westman, G. (1994). *Scientific Rigour In Qualitative Research – Examples From a Study of Women's Health in Family Practice*. Family Practice, 11, 176-81.
- Hamberg, K. (1998). *Begränsade möjligheter – anpassade strategier. En studie i primärvården av kvinnor med värk*. Akademisk avhandling, Umeå Universitet.
- Hammik, M., Freeth, I., Koppel, S., Reeves, S., & Barr, H. (2007). *A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9*. Medical Teacher, 29, 735-751.
- Hasler, JC. (1994). *The primary health care team*. John Fry trust fellowship. London: Royal Society of Medicine Press.
- Heath, I. & Sweeney, K. (2005). *Medical generalists: connecting the map and the territory*. British Medical Journal, 331, 1462-4.
- Heath, I. (2007). *In defence of a National Sickness Service*. British Medical Journal, 334, 19.
- Heath, I., Hippisley-Cox, J. & Smeeth, L. (2007). *Measuring performance and missing the point?* British Medical Journal, 335, 1075-6.
- Hellström, O., Bullington, J., Karlsson, G., Lindquist, P. & Mattsson, B. (1998). *Doctors' attitude to fibromyalgia: a phenomenological study*. Scandinavian Journal of Social Medicine, 26, 232-7.

- Hibberd, P.A. (1998). *The primary/secondary interface. Cross-boundary teamwork – missing link for seamless care?* Journal of Clinical Nursing, 7, 274-82.
- Hochschild, AR. (1979) *Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure*. The American Journal of Sociology, 85, 551-75.
- Hojat, M., Fields, SK., Rattner, SL., et al. (1997). *Attitudes toward physicians-nurs alliance: comparisons of medical and nursing students*. Academic Medicine, 72, S1-3.
- Hojat, M., Fields, SK., Veloski, JJ. & Griffiths, M. (1999). *Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration*. Evaluation and the Health Professions, 22, 169-183.
- Hojat, M., Gonella, JS., Nasca, TJ. et al. (2003). *Comparison of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships*. International Journal of Nursing Studies, 40, 427-35.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*. British Medical Journal, 324, 819-23.
- Howie, JGR., Hopton, JC., & Porter, AMD. (1992). *Attitudes to medical care, the organisation of work and stress among general practitioners*. British Journal of General Practice, 42, 181-95.
- Hultberg, EL., Lönnroth, K. & Allebeck, P. (2002). *Evaluation of the effect of co-financing on collaboration between health care, social services and social insurance in Sweden*. International Journal of Integrated Care, 2, 1-7.
- Hultberg, EL., Lönnroth, K., & Allebeck, P. (2003). *Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and service in Sweden – A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners*. Health Policy, 64, 143-52.
- Hultberg, EL. (2005). *Co-financed collaboration between welfare services – Effects on staff and patients with musculoskeletal disorders*. Avhandling: Avdelningen för Socialmedicin, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.
- Ilich, I. (1975). *Den farliga sjukvården*. Stockholm: Aldus bokförlag.
- Ingram, H. & Desombre, T. (1999). *Teamwork in health care. Lessons from the literature and from good practice around the world*. Journal of Management in Medicine, 13, 51-58.
- Ingram, R., Miranda, J. & Segal, ZV. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York, The Guilford Press.
- Irvine, D. (1997). *The performance of doctors. I: professionalism and self regulation in a changing world*. British Medical Journal, 314, 226-35.
- Isaksson, H. & Larshammar, D. (2003). *2002 - skördeår för entreprenörer inom alternativmedicin*. Läkartidningen, 100, 144-7.
- Jerkert, J. (2005). *Miljöpartiet vilse i vetenskapen. Oetiskt uppmuntra till användning av behandlingar som saknar evidens*. Läkartidningen, 102, 2671-5.

- Johannisson, K. (2005). *Anomi – en diagnos på vår samtid?* Tidningen Axess, 8, 32-35.
- Jones, RVH. (1992). *Teamwork in primary care: how much do we know about it?* Journal of Interprofessional Care, 6, 25-29.
- Jonson, A. & Segesten, K. (2003). *Daily Stress and Concept of Self in Swedish Ambulance Personnel*. Prehospital and Disaster Medicine, 19, 226-34.
- Katz, J. (1999). *How Emotions Work*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Katzenbach, JR. & Smith, DR. (1993). *The discipline of teams*. Harvard Business Review, March-April, 111-20.
- Kendall, P. (1965). *The Relationship Between Medical Educators and Medical Practitioners*. Journal of Health and Human Behavior, 6, 79-82.
- Konarski, K. (1996). *Psyko-terapeutiska metoder*. Svensk medicin, nr 51, 199-218.
- Kuran, T. (1998). *Social mechanisms of dissonance reduction*. In Peter Hedström and Richard Swedberg (eds.): *Social Mechanisms: An Analytical Approach to Social Theory*. New York, Cambridge University Press, 147-71.
- Kvale, S. (1996). *Interviews*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, Inc.
- Larsen, JH. & Risør, O. (1994). *Konsultationsprocessen i almen praksis*. Månedsskrift for praktisk Lægegering og social Medicin, 72, 319-30.
- Larsen, JH., Risør, O. & Nystrup, J. (1997). *Gruppe-supervision af video*. Månedsskrift for Praktisk Lægegering og social Medicin, 75, 163-76.
- Lascinger, SP. & Weston, W. (1995). *Role perceptions of freshman and senior nursing and medical students and attitudes toward collaborative decision making*. Journal of Professional Nursing, 11, 119-28.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J. Grol, R. & Sibbald, B. (2004). *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- Lindberg, K. (2003). *Organisering mellan organisationer. Vårdkedja som handlingskedja*. GRI-rapport 5, 1-3.
- Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm: Carlssons Förlag.
- Linton, S. & Ekberg, K. (1994). *Tidig rehabilitering inte entydigt positivt*. Läkartidningen, 10, 969-72.
- Loseke, DR. & Cahill, S. (1986). *Actors in search of an character: student social workers' quest for professional identity*. Symbolic Interaction, 9, 245-58.
- Lundin, A. & Hultberg, EL. (2006). *Teamarbete har lett till minskad sjukskrivning*. Dagens Medicin, nr 7, bilaga 3.
- Lurie, N. (1996). *Preparing Physicians for Practice in Managed Care Environments*. Academic Medicine, 71, 1044-49.
- Löfdahl, T., Nilsson, E., Haffling, AC. & Håkansson, A. (2005). *Undervisning i konsultationsmetodik behövs i läkarutbildningen*. Läkartidningen, 102, 1239-44.
- Machado, N. (2008). *The stabilization of social order: social cognitive dissonance theory applied to hospitals and clinics*. I Helena Flam & Marcus Carson (eds.) *Rule Systems Theory*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Marmot, M. (2006). *Statussyndromet*. Stockholm: Natur och kultur.

- Marsh, GN. (1991). *Caring for larger lists*. British Medical Journal, 303, 1312-16.
- Maslow, AH. (1943). *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review, 50, 370-96.
- McGlone, SJ. & Chenoweth, IG. (2001). *Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice*. Medical Journal of Australia, 175, 85-6.
- McPherson, C. & Sachs, L. (1982). *Health Care Team Training In U.S. and Canadian Medical Schools*. Journal of Medical Education, 57, 282-7.
- McWhinney, I. (1997). *A textbook of family medicine*. Oxford, Oxford University Press.
- Members of the Medical Professionalism Project (2002). *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. Annals of Internal Medicine, 136, 243-6.
- Merlau-Ponty, M. (1997). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Merriam, SB. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Merrill, C (2002). *The impact of Internet information on the doctor-patient relationship*. <http://ils.unc.edu/MSpapers/2802.pdf>
- Mindus, E. (1968). *Arbete och mental hälsa*. Stockholm: Tiden-Folksam.
- Montgomery, K. (2006). *How Doctors Think. Clinical Judgement and the Practice of Medicine*. Oxford University Press.
- Moynihan, R., Heath, I. & Henry, D. (2002). *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*. British Medical Journal, 324, 886-91.
- Mullan, F. & Frehywot, S. (2007). *Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries*. Lancet, 370, 2158-63.
- Murray, A., Montgomery, JE., Chang, H., Rogers, W., Inui, T. & Safran, DG. (2001). *Doctor Discontent*. Journal of General Internal Medicine, 16, 452.
- Mölstad, S. (2003). *Största kartläggningen av infektionsbehandling i öppen vård. Antibiotikaförskrivning sker inte alltid enligt riktlinjer*. Läkartidningen, 100, 318-321.
- Nordemar, R., Bullington, J. & Hægerstam, G. (2008). *Evidensbaserad medicin räcker inte!* Läkartidningen, 105, 797-8.
- Nordenström, J. (2003). *Evidensbaserad medicin har svårt att nå ut i vardagssjukvården. Tidspress och bristande utbildning de största hindren*. Läkartidningen, 100, 1318-19.
- Nordiska läkarförbundet. (2003). *Antal läkare i yrkesverksam ålder*. <http://www.legeforeningen.no/assets/norden2001.pdf>
- Ohlin, E. (2005). *Den nationella handlingsplanen förlängs*. Läkartidningen, 102, 1304.
- Ohlin, E. (2007). *Läkares fortbildning minskar*. Läkartidningen, 104, 3176.
- Ohlin, E. (2008). *Upp – och ned för antibiotika i Halland*. Läkartidningen, 105, 1739.
- Olesen, F., Dickinson, J. & Hjortdahl, P. (2000). *General practice – time for a new definition*. British Medical Journal, 320, 354-7.
- Olesen, F. (2003). *A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline*. Family Practice, 20, 318-23.
- Olsson, E. (2008). *Emotioner i arbete. En studie av vårdarbetares upplevelser av arbetsmiljö och arbetsvillkor*. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies, 6.
- Orman, MC. (1989). *Physician Stress: Is it Inevitable?* Missouri Medicine, 86, 21-5.

- Parson, T. (1964). *Social Structure and Personality*. New York: The Free Press.
- Patrick J Pemberton, JP. & Goldblatt, J. (1998). *The Internet and the changing roles of doctors, patients and families*. The Medical Journal of Australia, 169, 594-5.
- Patton, M. (2001). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pendelton, D., Schofield, T., Tate, P. & Havelock, P. (1984). *The Consultation*. Oxford: Oxford University Press.
- Petrie, HG. (1976). *Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry*. Journal of Aesthetic Education, 10, 29-43.
- Pollard, K., Miers, M. & Gilchrist, M. (2004). *Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students*. Health and Social Care in the Community, 12, 346-58.
- Radcliff, M. (2000). *Doctors and nurses: new game, same result*. British Medical Journal, 320, 1085.
- Reeder, LG. (1972). *The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship*. Journal of Health and Social Behavior, 13, 406-11.
- Reeves, S. (2000). *Community-based Interprofessional education for medical, nursing and dental students*. Health and Care in the Community, 8, 269-276.
- Richter, HE. (1979). *Mellan allmakt och vanmakt*. Stockholm: Nordstedt & Söner.
- Ridd, M., Shaw, A. & Salisbury, C. (2006). *Two sides of the coin – the value of personal continuity to GPs: a qualitative interview study*. Family Practice, 23, 461-468.
- Robinson, WD., Priest, LA., Susman, JL., Rouse, J. & Crabtree, BF. (2001). *Technician, friend, detective, and healer: Family Physicians' responses to emotional distress*. Journal of Family Practice, 50, 864-70.
- Rosser, WW. (1996). *Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference?* Journal of Family Practice, 42, 139-44.
- Royal College of General Practitioners. (1985). *Quality in General Practice: Policy Statement (2)*. London: RCGP.
- Rudebeck, CE. (1998). *Medicinens mänskliga språk. Kroppsempati förenar diagnostik och förståelse*. Läkartidningen, 95, 4500-7.
- Saltman, RB. & Figueras, J. (1997). *European health care reform: Analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO.
- SBU (1999). *Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund*. Rapport 144, Stockholm: SBU.
- SBU (2002). *Ont i ryggen, ont i nacken*. Rapport nr. 145, Stockholm: SBU.
- Schmitt, M. (2001). *Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research*. Journal of Interprofessional Care, 15, 47- 66.
- Sen, A. (2002). *Health: perception versus observation*. British Medical Journal, 324, 860-1.
- Shei, E. (1999). *Fundamentalisme i hvitt? Om makt og autoritetsunderkastelse i medisin och helsefag*. Filosofisk poliklinikk. <http://www.uib.no/isf/filpol/fundam.htm>.

- Shiva, V. (2003). *Skydda eller skövla? Patent, etik och nykolonialism*. Stockholm: Ordfront.
- Shum, C., Humphreys, M., Wheeler, D., Cochrane, MS., Skoda, S. & Clement, S. (2000). *Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicenter, randomised controlled trial*. British Medical Journal, 320, 1038-43.
- Siegler, EL. & Whitney FW. (1994). *Education of physicians and nurses*. I Siegler, EL, Whitney, FW. Nurse-Physician Collaboration, s. 11-20. New York, Springer Publishing Company.
- Simmel, G. (1981). *Hur är samhället möjligt?* Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Sinclair, S. (1997). *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship*. Oxford: Berg Publishers.
- Sjölund, B. (1995). *Att angripa kronisk smärta*. Läkartidningen, 43, 3981-2.
- Smith, R. (1995). *The scientific basis of health services*. British Medical Journal, 311, 961-2.
- Smith, R. (2001). *Why are doctors so unhappy?* British Medical Journal, 322, 1073-4.
- Smith, R. (2002). *In search of "non-disease"*. British Medical Journal, 324, 883-5.
- SoS (1994) *Behandling av långvarig smärta*. Rapport nr. 4.
- SoS (2005a). *Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens slutrapport. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E127CA88-F6FF-438D-9A71-2A5E9925DE24/3665/20051034.pdf>.
- SoS (2005b). *Folkhälsorapport 2005*. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/Sammanfattning.htm>
- SOU (1999). *Organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården*. I: God vård på lika villkor – om statens styrning av hälso- och sjukvården. Slutbetänkande från HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande från kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Socialdepartementet.
- Starfield, B. (1994). *Is primary care essential?* Lancet 1994, 344, 1129-33.
- Stern, D. & Papadikis, M. (2006). *The Developing Physician – Becoming a Professional*. The New England Journal of Medicine, 355, 1794-9.
- Stockholms läns landsting (2001). *Stockholmare och den komplementära medicinen*. Rapport: http://www.halsosam-sverige.se/filarkiv/forskning_utredningar/stockholmsstudien_KAM_1.pdf.
- Svartholm, R. (2008). *Allan – sjukvård på gott eller ont*. AllmänMedicin, nr. 2, 12-13.
- Swartling, P.G. (2006). *Den svenska allmänmedicinens historia*. Läkartidningen, 103, 1950-53.
- Sweeney, KG. & Gray, DJP. (1995). *Patients who do not receive continuity of care from their general practitioners – are they a vulnerable group?* British Journal of General Practice, 44, 133-5.
- Sweet, SJ. & Norman, I. (1995). *The nurse-doctor relationship: a selective literature review*. Journal of Advanced Nursing, 22, 165-70.
- Thiger, V. (2008). *Från en som inte tänker KLARA det längre!* Tidningen Allmänmedicin, 3, 24.

- Thistlethwaite, J. (2008). *Interprofessional Education*. Journal of Clinical Nursing 2008, 17, 425-426.
- Thunborg, C. (1999). *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Avhandling vid Filosofiska Fakulteten, Linköpings Universitet.
- Vanclay, L. (1998). *Team working in primary care*. Nursing Standards, 12, 37-8.
- van Weel C. (1994). *Teamwork*. The Lancet, 344, 1276-9.
- Wahlqvist, M. (2007). *Medical students' learning of the consultation and the patient-doctor relationship*. Avhandling vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.
- Vaughan, D. (2002). *Signals and interpretive work: the role of culture in a theory of practical action*. In Karen A. Cerulo: Culture in Mind: Towards a Sociology of Culture and Cognition. New York: Routledge, 28-54.
- Werner, D., Thuman, C. & Maxwell, J. (2007). *Where There Is No Doctor. A village health care handbook*. Berkley, USA: Hesperian Books.
- Werkö, L. (2003a). *Läkarna inte längre herrar på sjukvårdstappen. Att laget och lagledaren drar jämnt är av allt större betydelse*. Läkartidningen, 100, 2373-7.
- Werkö, L. (2003b). *Från läkarens hjälprea till jämställd vårdpartner*. Läkartidningen, 100, 1694-8.
- Wiles, R. & Robinson, J. (1994). *Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors*. Journal of Advanced Nursing, 20, 324-330.
- Wilson, TD. (2002). *Strangers to Ourselves. Discovering the adaptive unconscious*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Wilson, K., Coulon, L., Hillege, S. & Swann, W. (2005). *Nurse practitioners' experiences of working collaboratively with general practitioners and allied health professionals in New South Wales, Australia*. Australian Journal of Advanced Nursing, 23, 22-7.
- Wise, H., Bedkhard, R., Rubin, I. & Kyte, AL. (1974). *Making Health Teams Work*. Cambridge, Mass: Ballinger Publishing Co.
- Yildirim, A. (2005). *Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals*. International Journal of Nursing Studies, 42, 429-37.
- Zuger, A. (2004). *Dissatisfaction with Medical Practice*. New England Journal of Medicine, 350, 69-75.
- Zwarenstein, M., Bryant, W., Bailie, R. & Sibthorpe, B. (1999). *Interventions to promote collaboration between nurses and doctors*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, The Cochrane Library.
- Zwarenstein, M. (2000). *What's so great about collaboration?* British Medical Journal, 320, 1022-3.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., & Perrier, L. (2005). *Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions*. Journal of Interprofessional Care. Supplement 1, 148-165.
- Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2008). *Interventions to promote collaboration between nurses and doctors* (Review). The Cochrane Library, 1, 1-11.

Åsberg, R. (2001). *Det finns inga kvalitativa metoder – och inga kvantitativa heller för den delen. Det kvalitativa-kvantitativa argumentets missvisande retorik.* Pedagogisk Forskning i Sverige, 4, 270–92.