

Allmänläkares balansgång mellan ratio och intellectus

- En kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer

Jens Lundegård, ST-läkare vårdcentralen Bagaregatan, Nyköping

Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer.

Allmänmedicin SOSFS 2015:8.

Vetenskaplig handledare:

Maria Liljeroos, leg sjuksköterska, medicine doktor

Primärvårdens Utvecklingsenhet i Sörmland (PrimUS), Region Sörmland

Sammanfattning:

Detaljstyrningen av svenska allmänläkare har ökat de senaste decennierna till följd av samhällsutvecklingen, IT-utvecklingen och det evidensbaserade paradigmet. I boken *Det omätbaras renässans* av Jonna Bornemark lyfts negativa konsekvenser av den ökade detaljstyrningen fram och en teori kring begreppen ratio och intellectus används för att analysera detta fenomen. Den här studien tar sin utgångspunkt i denna teori och syftet med studien är att undersöka hur allmänläkare upplever den ökade detaljstyrningen. Detta gjordes genom att låta tre erfarna allmänläkare reflektera över kunskapsområdena ratio och intellectus betydelse för yrkesutövandet, om balansen mellan ratio och intellectus förändrats under deras yrkesliv och vad det i så fall har haft för konsekvenser.

Studien gjordes med kvalitativ metodik byggd på semistrukturerade intervjuer som analyserats med abduktiv kvalitativ innehållsanalys. Studiepopulationen var tre allmänläkare som arbetat sammanlagt ca 80 år som specialister i allmänmedicin.

Under analysen bildades det övergripande temat allmänläkares balansgång mellan ratio och intellectus. Innehållet i kategorierna ratio och intellectus formades av läkarnas berättelser. Ratio delades upp i subkategorierna *samhällsutvecklingen*, *IT-utvecklingen* och *det evidensbaserade paradigmet*. Intellectus delades i sin tur upp i *intellectus i beshutsfattande*, *relationens betydelse*, *vem får bestämma* och *arbetsglädje*.

Att ratios tre subkategorier bidrar till en ökad detaljstyrning bekräftades. Läkarna förde en diskussion kring dessa subkategorier och beskrev bland annat hur de leder till en försämrad arbetsmiljö samt att det finns en övertro på den evidensbaserade medicinens förmåga att hantera komplexa fall. I diskussionen kring intellectus subkategorier lyftes betydelsen av exempelvis intuition och en upparbetad problemlösningsförmåga fram som centralt för arbetet, liksom betydelsen av relationen mellan läkare och patient och intellectus betydelse för arbetsglädjen.

Läkarna i denna studie bekräftade att det skett en förskjutning mot ratio i deras yrkesutövning. Samtidigt framkom att intellectus är en lika viktig del av yrket. För att kunna klara av balansgången mellan ratio och intellectus framhöll läkarna vikten av att bibehålla en professionell autonomi. Sammantaget är förståelse för och betydelsen av jämvikt mellan ratio och intellectus något som bör studeras närmare och tas hänsyn till i styrningen av primärvården.

Innehåll

Inledning:.....	3
1 Bakgrund.....	4
1.1 Den allmänmedicinska specialiteten.....	4
1.2 Läkaryrket som profession.....	4
1.3 Exempel på ökad detaljstyrning.....	4
1.3.1 Läkares egna uppfattningar om detaljstyrning.....	4
1.3.2 Ökad dokumentation.....	5
1.3.3 Fler riktlinjer.....	5
1.4 Orsaker till ökad detaljstyrning.....	6
1.4.1 Samhällsutvecklingen.....	6
1.4.2 IT-utvecklingen:.....	7
1.4.3 Det evidensbaserade paradigmet:.....	8
1.5 Ratio och intellectus.....	9
1.6 Tidigare studier på området.....	10
1.7 Syfte.....	12
2 Metod.....	12
2.1 Urval.....	12
2.2 Datainsamling.....	13
2.3 Analys.....	13
2.4 Etiska aspekter.....	14
3 Resultat.....	15
3.1 Ratio.....	16
3.1.1 Samhällsutvecklingen.....	16
3.1.2 IT-utvecklingen.....	20
3.1.3 Evidensbaserad medicin.....	22
3.2 Intellectus.....	25
3.2.1 Intellectus i beslutsfattande.....	25
3.2.2 Relationens betydelse.....	27
3.2.3 Vem får bestämma?.....	28
3.2.4 Arbetsglädje.....	30
4 Diskussion.....	31
5 Slutsats.....	36
6 Källförteckning.....	38
7 Bilaga intervjuguide.....	42

Inledning:

De senaste decennierna har det funnits en trend mot ökad detaljstyrning av personal som arbetar inom offentlig verksamhet, inte minst av läkare. Denna trend uppmärksammas i flera debattartiklar där företrädare för läkarprofessionen varnar för negativa konsekvenser av denna arbetsförändring (1-3).

Den här trenden diskuteras och analyseras i boken *Det omätbaras renässans* från 2018 av Jonna Bornemark, professor i filosofi vid Södertörns högskola. I boken lyfts två huvudsakliga negativa konsekvenser av den ökade detaljstyrningen av personalen i offentlig verksamhet fram. Dels det som benämns förpappringen av yrkena och dels explosionen av riktlinjer med nedvärderandet av det professionella omdömet som konsekvens.

Med den första aspekten, förpappring, menar Bornemark att dokumentationen, eller demonstrationen av en handling, blir viktigare än handlingen i sig. Eftersom ersättningsmodellerna ofta bygger på kvantifierbara data styrs arbetet mot sådant som går att kvantifiera, såsom antal besök eller diagnoser, istället för mer svårdokumenterade värden, såsom empati, lyhördhet och omsorg (4).

Den andra aspekten utgörs av den allt starkare tron på fördelarna med manualer och riktlinjer inom offentlig verksamhet. Eftersom verkligheten i människovårdande yrken är så komplex blir följden en explosion av riktlinjer. Dessutom förloras förmågan till professionellt omdöme när man söker en rutin att följa i varje tänkbar situation. Det leder i slutändan även till att personalen i teorin blir helt utbytbar (4).

Som ST-läkare i allmänmedicin befinner man sig mitt i detta. Man försöker balansera mellan å ena sidan yttre krav på evidens, riktlinjer och korrekt dokumentation och å andra sidan ett holistiskt förhållningssätt vilket ställer höga krav på förmågor som yrkesmässig intuition, etik, empati och omdöme. Samtidigt varnas det på många håll om en primärvård i kris med både dålig tillgänglighet, missnöje bland patienterna (5) samt en försämrad arbetsmiljö för läkarna (6). Det finns få studier där allmänläkare själva fått ge sin syn på hur hela denna arbetsförändring påverkat deras yrke. De studier som finns fokuserar oftast på enskilda delar av den ökade detaljstyrningen såsom evidensbaserad medicin (EBM), användandet av riskskattningsinstrument vid varje patientbesök eller synen på målbaserad ersättning, men bekräftar bilden av att allmänläkare påtalar risker med denna utveckling (7-9).

Med detta som grund väcktes ett intresse för att undersöka närmare hur allmänläkare påverkas av trenden mot ökad detaljstyrning. Med boken "Det omätbaras renässans" som inspirationskälla och teoretisk utgångspunkt valde jag att göra en kvalitativ intervjustudie med tre erfarna specialister i allmänmedicin om den organisatoriska förändring som skett under deras yrkesliv.

1 Bakgrund

1.1 Den allmänmedicinska specialiteten

Enligt socialstyrelsen kännetecknas den allmänmedicinska specialiteten av mötet med patienten. Det krävs en bred kompetens i bedömning och behandling av patienter i alla åldrar och med alla sorters hälsorelaterade problem, inklusive deras upplevelser och besvär som inte är orsakade av någon definierbar sjukdom. Här ingår det även att kunna följa en individs olika hälsoproblem över tid och i den bedömningen väga in personens hela livssituation (10)

Allmänmedicin är en av 63 olika medicinska specialiteter (bas- och grenspecialiteter) (10). Att bli specialistläkare i allmänmedicin tar minst 12 år, 5,5 år på läkarprogrammet därefter minst 18 månaders AT-tjänstgöring och slutligen 5 års specialisttjänstgöring. Allmänläkare har sin bas inom den svenska primärvården.

1.2 Läkaryrket som profession

Läkaryrket brukar räknas till en av de klassiska professionerna i samhället. Den traditionella definitionen av en profession innefattar sådant som en lång akademisk universitetsutbildning som avslutas med en examination, organisering i förbund som samlar medlemmarna, ofta en etisk kod inskriven i stadgarna och en hög grad av inomprofessionell kontroll. Mest kännetecknande är kanske dock att yrkesutövaren i kraft av ovanstående åtnjuter en hög grad av autonomi och självreglering. Detta har beskrivits som att det finns ett informellt kontrakt mellan staten och professionerna där förutsättningen är att samhället litar på professionen (11).

1.3 Exempel på ökad detaljstyrning

1.3.1 Läkares egna uppfattningar om detaljstyrning

I rapporten "professionerna i kunskapssamhället" har författarna utgått från en kvantitativ enkätstudie med ca 8500 medverkande från 17 olika professioner som genomfördes år 2010. I den fick respondenterna svara på frågor om hur deras yrke förändrats över tid. Där framkommer att läkare är den av 17 jämförda professioner som mest uppfattar att den politiska, byråkratiska och ekonomiska styrningen ökat på senare år (11). Bland läkare uppgav ca 80% att de uppfattade att den administrativa bördan med mer dokumentationskrav och utvärderingskrav ökat (11). I studien undersökte man även de olika professionernas arbetsautonomi vilket innefattar deras egenkontroll över arbetsschema, arbetstakt, pauser

och tidsplanering. Näst efter lärare visar läkare på den lägsta andelen arbetsautonomi bland de undersökta 17 professionerna.

1.3.2 Ökad dokumentation

Den ökade detaljstyrningen kan också exemplifieras genom att titta på hur kraven på dokumentation i vården har förändrats över tid. I en lokalt utförd studie från en ortopedklinik i Linköping undersöktes hur den totala volymen av journaldokumentation och jämförde hur den hade utvecklats från 1993 till år 2003. På tio år hade mängden dokumentation för 10 vård dygn ökat från i genomsnitt fyra till 30 sidor, en ökning med 750% (12).

Ett annat exempel på en förändring som ökar kraven på dokumentation är framväxten av de nationella kvalitetsregistren som stadigt ökat i antal sedan det första kvalitetsregistret infördes i Sverige 1975. Bara på sju år, mellan 2012 och 2020, ökade antalet kvalitetsregister från 73 till 98 stycken (13) (14). För att kvalitetsregistren ska ha något värde krävs att de fylls med rätt information, vilket ställer krav på korrekt dokumentation. I utredningen "Effektiv vård" konstateras att det troligen inte finns något annat land som samlar så omfattande data om vårdens kvalitet som Sverige, inte minst genom de nationella kvalitetsregistren (15).

1.3.3 Fler riktlinjer

Sedan början av 90-talet har den evidensbaserade medicinen (EBM) med dess betoning på riktlinjer fått en alltmer framträdande roll i vården. På nationell nivå finns flera myndigheter som tar fram riktlinjer och rekommendationer. SBU (statens beredning för medicinsk utvärdering), socialstyrelsen och läkemedelsverket arbetar samtliga med att var för sig ta fram olika utvärderingar och behandlingsrekommendationer. Tillsammans har de publicerat genomgångar och riktlinjer för över 900 olika tillstånd (16-18).

Ett par av de nyare initiativen är de nationella projekten kring "Standardiserade vårdförlopp" och "Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp". Det började med en intention att korta köerna i cancervården varför 27 standardiserade vårdförlopp för olika cancertillstånd utarbetades av regionala cancercentrum i samverkan (19). Nu pågår ett arbete att under ramen för projektet kunskapsstyrning av SKR utöka dessa med "Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp" för andra sjukdomar och tillstånd, exempelvis KOL, höftledsartros och osteoporos (20). Utöver detta arbetar SKR nationellt även med ett nationellt kliniskt kunskapsstöd vilket är regionernas gemensamma rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning av olika tillstånd. I nuläget finns ca 370 nationella rekommendationer

utarbetade (21). Visionen är bland annat att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte och att patientmötet följs upp och analyseras på såväl individnivå som gruppnivå (22).

På regional och lokal nivå arbetas det också med framtagandet av fler riktlinjer för handläggning. "Viss" som arbetar med beslutsstöd åt primärvården i region Stockholm har i nuläget över 300 olika aktuella handlägningsprogram (23). En genomgång av rutiner gjord på Sahlgrenska sjukhuset visade att det där fanns över 8 000 instruktioner för olika vårdmoment som skrivits, kvalitetsgranskats och godkänts (24).

I The Lancet skrevs om en studie på en akutklinik där det undersöktes hur många riktlinjer som fanns tillgängliga för de 18 patienter med 44 olika medicinska tillstånd som en läkare träffade under ett arbetspass. Totalt rörde det sig om 3679 sidor som läkaren hade kunnat läsa igenom för att fatta sina beslut och då var endast riktlinjer framtagna de senaste 3 åren medräknade (25).

1.4 Orsaker till ökad detaljstyrning

Det finns bakomliggande orsaker till att detaljstyrningen av allmänläkares arbete ökat de senaste decennierna. Några av de orsaker som diskuteras är samhällsutvecklingen, IT-utvecklingen och det evidensbaserade paradigmet (4, 12).

1.4.1 Samhällsutvecklingen

Under begreppet samhällsutvecklingen finns flera samhällstrender som tillsammans lett till att detaljstyrningen av arbetet inom offentlig verksamhet ökat. I boken *Administrationssamhället* (12) skriver författarna (Forssell och Ivarsson Westerberg) om de samhällstrender som ligger bakom denna utveckling.

För det första bär vårt samhälle på en mycket stark tro på den rationella organisationen. Man talar här om en rationaliserad myt som ligger djupt förankrad i vårt medvetande och som handlar om att det alltid ligger något "gott" i att organisationer styrs genom att ställa upp mål, redovisa resultat och utvärdera (12).

Nästa trend som beskrivs är trenden mot ökad organisering inom våra befintliga verksamheter. De befintliga organisationerna bryts ofta upp i mindre delar vilket leder till att antalet organisatoriska enheter ökar. Något som talar för detta är att antalet chefer i kommuner och landsting har ökat med 34% mellan 2010-2018 (26).

Den tredje samhällstrenden är den tilltagande ekonomiseringen av samhället, den så kallade ekonomismen. Hur den breder ut sig märks exempelvis på hur vårt språk förändrats över tid. Ekonomiska

termer såsom resultat, styrning, måluppfyllelse, kostnader, kunder, effektivitet och konkurrens har blivit allt vanligare. I offentliga organisationer cirkulerar allt oftare termer som produktivitet, årsredovisning och prestationsersättning. Samtidigt har ekonomiutbildningarna i framförallt företagsekonomi på universiteten byggts ut kraftigt sedan 80-talet och framåt. I takt med att ekonomerna blir fler tar de också med sig de normer deras profession omfattar kring administrativt arbete (eller management) in i organisationerna (12).

Dessa tre trender har från slutet av 80-talet och framåt tillsammans bidragit till en successiv organisationsförändring av offentlig verksamhet från det tidigare styrsystemet "Offentlig Förvaltning" till det nya "New Public Management" (NPM) (27). Detta systemskifte har bland annat lett till införandet av prestationsersättningar, ökad valfrihet för patienterna, uppdelning av de befintliga organisationerna i beställare-utförare och privatiseringar av tidigare offentlig vård. Därmed har också kraven på reglering, redovisning och granskning av verksamheterna ökat (12).

Den fjärde trenden, granskningssamhället, framhålls ofta som att den bidrar till att arbetets inriktning förändras. I boken *The Audit Society* hävdar författaren (Power) att det sedan 80-talet har skett en granskningsexplosion i hela västvärlden (28). Granskningssamhället innebär att det mesta vi gör (såväl privat som i arbetslivet) ska mätas, utvärderas, redovisas, granskas och ofta betygsättas (12).

Synen på patienterna har även den förändrats. Nu ses de allt mer som kunder som själva ska välja bäst vårdgivare, vilket möjliggörs genom granskning och jämförelser mellan vårdgivare. En förutsättning för utvärdering och granskning är att verksamheten är granskningsbar vilket ställer ökade krav på redovisning och dokumentation (12).

Granskningen innebär för dem som blir granskade att fokus kan skifta mot att ha ryggen fri och visa att man inte gjort fel snarare än att använda sitt omdöme i den enskilda situationen (4).

1.4.2 IT-utvecklingen

Ytterligare en orsak till att detaljstyrningen av läkares arbete ökar är IT-utvecklingen. Det finns stora förhoppningar om att IT-utvecklingen ska förenkla och rationalisera arbetet för medarbetarna, men på flera sätt kan det omvända misstänkas ha skett (12). För det första har IT-utvecklingen gjort det möjligt att omfördela administrationen från professionella administratörer till andra yrkeskategorier inom vården som nu själva bokar möten, lägger scheman, bokar patienter, lägger in arbetstider i olika datasystem mm, en process som kallas för amatörisering. För det andra är det nu plötsligt möjligt att ta fram mer statistik med ökad kapacitet vilket då också ökar också kraven på att göra det. Denna statistik ger både möjlighet till forskning genom exempelvis införande av kvalitetsregister och ger stöd åt NPM-reformer som innehåller mätning, redovisning och rapportering.

1.4.3 Det evidensbaserade paradigmet

Även den medicinska utvecklingen och framväxandet av evidensbaserad medicin (EBM) är bidragande orsaker till att detaljstyrningen av läkares arbete ökar, framförallt i kombination med en stark tro på scientism och vetenskaplig reduktionism (4). Scientism innebär en tro på att naturvetenskapens kvantitativa metoder att undersöka förhållanden i världen i slutändan kan ge svar på alla frågor (29) vilket får till följd att det inte existerar något "icke-vetande", utan endast "ännu-inte-vetande". Vetenskaplig reduktionism innebär en uppfattning att ett innehåll bäst analyseras och alltid kan göras begripligt genom att det reduceras till mindre hanterbara enheter. Genom detta synsätt framhålls således kunskap som går att mäta, kvantifiera och framförallt bevisa genom den evidensbaserade medicinens metoder framför kunskap som kan beskrivas i termer av intuition, omdöme och praktisk yrkesmässig erfarenhet. I denna kunskapssyn blir datorn en idealiserad metafor för kunskap där den mänskliga hjärnan ofta får framstå som en sämre utrustad dator (4). I läkarprofessionen har detta i sin tur lett till en explosion av utarbetade rutiner och riktlinjer för varje tänkbar situation som skulle kunna uppstå.

I boken "Bortom New Public Management" skriver arbetslivsforskarna Beijer och Hasselblad att "*genom introduktionen av EBM med dess nationella rekommendationer förskjuts regleringen av den medicinska praktiken till sammanhang som inte kontrolleras enbart av den medicinska professionen*" (30 s. 112). Utrymmet för enskilda läkare att avvika från fastställda behandlingsriktlinjer minskas. Sålunda menar de att EBM leder till minskad professionell autonomi för den enskilda läkaren. Detta trots att ursprungstanken var att läkarens individuella kliniska kunskap skulle kunna integreras med den bästa tillgängliga evidensen från systematiska undersökningar (31).

Inom den medicinska professionen pågår en levande debatt där det i många fall förs fram kritik mot en alltför ensidigt fokus på EBM. Dels riktar kritiken in sig på tekniska aspekter. Några exempel på det rör framtagandet av evidens såsom att storleken på studier anpassas för att ge statistisk signifikans även om de reella skillnaderna för patienten är mycket små liksom publikationsbias som innebär att endast studier som visar positiva effekter för det specifika läkemedlet publiceras. Vidare medikaliseras och behandlas i allt större utsträckning riskfaktorer samtidigt som själva sjukdomsbegreppet vidgas så att behandlingar rekommenderas för tillstånd som tidigare sågs som en naturlig del av livet. Byråkratiska regler tenderar även att breda ut sig under föresatsen att implementera EBM och läkekonsten riskerar därmed att bli såväl politiserad samtidigt som managementkulturen tar allt större plats (32).

Utöver kritiken mot de tekniska aspekterna framkommer från en del läkare även kritik mot att EBM leder till ett alltför mekaniskt agerande där andra aspekter av läkaryrket förblir underutvecklade (32). Det argumenteras för att läkaryrket är en konst såväl som en vetenskap och att den nuvarande starka

tron på scientism leder till en ofullständig form av yrkeskunnande som i slutändan varken gynnar läkare eller patient (29). Det finns många olika initiativ och föreningar inom läkarprofessionen som förespråkar ett mer kritiskt förhållningssätt till EBM såsom den används idag (32-35).

1.5 Ratio och intellectus

I sin analys av verksamheternas utveckling mot ökad detaljstyrning tar Bornemark hjälp av tre renässansfilosofer; Cusanus, Bruno och Descartes. I den diskussionen bildar de två begreppen ratio och intellectus en dikotomi där ratiot fått en dominans. För att kunna förstå detta resonemang måste begreppen ratio och intellectus, som ursprungligen formades av Cusanus, definieras.

Ratio beskriver en tendens hos människan att kategorisera och dela in tillvaron i avgränsade kategorier. Det är så vi gör världen begriplig och det är en förutsättning för att vi överhuvudtaget ska kunna kommunicera med varandra. När vi kategoriserar begreppet träd görs det genom att skilja det från begreppet buske (4). På liknande sätt har vi i vården ofta en önskan om att definiera vad som är sjukt och vad som är friskt, genom att exempelvis specificera en tydlig gräns mellan högt och normalt blodtryck.

Dessa skillnader är dock bara något som vi människor har konstituerat. När vi exempelvis stannar vid att identifiera en växt som ett träd bortser vi från skillnaderna mellan lövträd och barrträd, men däremot sätter vi en tydlig gräns mellan träd och sly (4). På så sätt lägger ratiot ett pussel av tillvaron där pusselbitarna utgörs av väl definierade kunskaper. För att lägga pusslet måste ratiot utgå från vissa väl definierade variabler medan andra ignoreras. Men varken individer eller situationer kan göras fullt ut begripliga genom att använda generella begrepp. Blodtryckspatienten i mottagningsrummet kommer aldrig att kunna handläggas enbart genom att utgå från andra blodtryckspatienter just eftersom sådana jämförelser måste ske med hjälp av på förhand definierade variabler. Hur många variabler som än används så kommer man inte fullt ut kunna förstå denna patients hela komplexitet. På samma sätt förhåller det sig med varje enskild situation. Alla situationer är unika på så sätt att även om man dagen efter försöker upprepa samma situation in i minsta detalj så kommer den aldrig helt att kunna återskapas (4).

Intellectus beskriver istället förmågan att från allra första början uppfatta de variabler som ratiot därefter kan kategorisera. Den förmågan som krävs för att kunna reflektera över dessa variabler och ställa dem i relation till det icke-vetande som ständigt uppträder i en föränderlig värld. När intellectus trycks undan riskerar ratiot att stelna och fastna i orörliga kategorier (4). Bornemark hänvisar till renässansfilosofen Bruno som beskrev farorna med ett alltför ratiofokuserat tänkande. De personer som stod djupare rotade i ratiots förhållningssätt än andra kallade han för pedanter och grammatiker. De som

tänker utifrån fasta entiteter och styrs av ett mekaniskt tänkande och logisk rigiditet kan inte förstå universums rörliga, levande och organiska natur, menade Bruno (4).

1.6 Tidigare studier på området

Som beskrivits finns där en pågående trend mot en ökad detaljstyrning av allmänläkares arbete. Men hur uppfattas denna förändring av allmänläkarna själva och vilka olika konsekvenser kan den tänkas medföra? Många tidigare studier utgår från ett specifikt problem inom primärvården, och försöker utifrån detta finna orsaker och eventuella lösningar. Exempelvis finns det flera studier och rapporter som indikerar att arbetsmiljön inom primärvården försämras till följd av ökad arbetsbelastning och högre nivå av stress hos läkarna (6, 36, 37). Något som stödjer detta är att även sjukskrivningarna på grund av stressrelaterad ohälsa ökar (36, 38). Tänkbara förklaringar till denna arbetsmiljöförsämring är:

- Brist på delaktighet och möjlighet att påverka den egna arbetssituationen enligt SLSOs läkarförenings rapport om läkares arbetsmiljö från 2017 (36).
- Höga krav och låg kontroll enligt krav-kontroll-stödmodellen samt nödvändig anpassning till ersättningssystem och lågt eller inget inflytande över tidsbokningar enligt CAMM-rapporten "Arbetsmiljön i primärvården" från 2019 (37).
- Läkarkåren är en yrkesgrupp med allt mindre stöd och inflytande enligt en studie publicerad i läkartidningen 2011 (37).
- Studien "Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare" som publicerades i läkartidningen 2011 finner en tydlig koppling mellan illegitima arbetsuppgifter och ökad stress (39)

Utöver arbetsmiljöproblem brottas primärvården i Sverige idag även med dålig effektivitet och tillgänglighet (5). Ur ett internationellt perspektiv är uppfattningen om den svenska sjukvården hos befolkningen låg. Bland annat upplevs sjukvården vara dålig på att involvera patienterna i den egna vården och tillgängligheten till primärvården upplevs även sämre än i andra länder (5, 15). Det som ofta lyfts fram som orsaken till detta är att vi i Sverige har en, ur ett internationellt perspektiv, relativt sett underbemannad och underfinansierad primärvård (15, 40). I utredningen "Effektiv vård" av Göran Stiernstedt diskuteras andra orsaker till den bristande effektiviteten, bland annat den administrativa bördan, själva organisationen och arbetssätten i vården, bristande läkarkontinuitet och dåliga informationshanteringssystem (15).

Om man vänder på perspektivet och utgår från den arbetsförändring med ökad detaljstyrning till följd av samhällsutvecklingen, IT-utvecklingen och EBM som gjorts sedan 80-talet och undersöker vad det har haft för konsekvenser, är det svårare att hitta studier. I boken Administrationssamhället diskuteras konsekvenserna av så kallad målförskjutning d.v.s att målet flyttas från patientens behov till systemets krav (12). Ekonomiska styrmedel kan exempelvis göra att vissa patienter prioriteras över andra och sådant som är mätbart prioriteras framför sådant som inte är det, såsom empati och omsorg (12). Inom andra professioner, bland annat i skolan, har man sett hur sådan förändrad styrning av de professionella försämrar kvaliteten (4, 41).

I Kanada rapporteras i en studie att majoriteten av läkarna var positiva till EBM medan det fanns farhågor kring att en större tonvikt på EBM förminskar läkekonsten. Många uttrycker även en viss skepsis kring trovärdigheten i evidensen, framförallt en oro kring läkemedelsindustrins alltför stora påverkan. Man upplevde ofta en intressekonflikt mellan EBM och patientens egna önskemål som ibland kan vara svår att navigera mellan. Här underströks slutligen att intuitionen är central i yrket och att beforskad evidens måste vägas mot andra faktorer såsom kliniskt omdöme, patientens önskningar och läkarens erfarenheter (7).

I England undersöktes varför allmänläkare inte alltid använder sig av EBM. Slutsatsen blev att verkligheten är för komplex och sammanfattades i en liknelse där läkarna såg evidensen som en fyrkantig plugg som skulle passa in i det runda hål som är patientens liv (42). I en tysk studie från 2010 undersöktes varför allmänläkare inte oftare använder de riskskattningsinstrument som finns för primärprevention som rutin vid varje patientbesök. En av slutsatserna var att det försämrar relationen mellan läkare och patient (8).

I Skottland genomfördes 2005 en kvantitativ enkätstudie i vilken 2311 allmänläkare deltog med syfte att utröna synen på holism. Bland resultaten kan nämnas att 9/10 allmänläkare betonade betydelsen av ett holistiskt arbetssätt, men bara 1/15 ansåg att nuvarande system främjade ett sådant arbetssätt (43).

I Sverige har det varit svårt att hitta studier som undersöker allmänläkares perspektiv på hur en ökad detaljstyrning påverkar arbetet. En liten kvalitativ studie undersökte hur vårdens medarbetare såg på införandet av målbaserad ersättning i primärvården (9). Resultatet visade att målbaserad ersättning riskerar att skapa missnöje bland de anställda, skiftar fokus i patientmötet och kan leda till försämrad motivation.

1.7 Syfte

Syftet med studien var att låta tre erfarna allmänläkare reflektera över begreppen ratio och intellectus betydelse för yrkesutövandet, om balansen mellan dessa förändrats under deras yrkesliv och vad det i så fall har haft för konsekvenser. Syftet gav upphov till följande frågeställningar:

- Vad framträder när tre erfarna allmänläkare reflekterar kring spänningsfältet mellan ratio och intellectus i sina konkreta arbeten?
- Vilka betydelse spelar ratio så som det manifesteras i samhällsutvecklingen, IT-utvecklingen och det framväxande evidensbaserade paradigmet för läkarnas yrkesutövande?
- Vilken roll spelar intellectus i läkarnas yrkesutövande?
- Hur navigerar läkarna i sin autonomi mellan dessa poler?

2 Metod

Studien gjordes med kvalitativ metodik byggd på semistrukturerade intervjuer som analyserats med abduktiv kvalitativ innehållsanalys. Som teoretisk utgångspunkt valdes teorin kring ratio och intellectus beskriven ovan. Då det fanns en önskan om att utgå från en öppen empiri där allmänläkarnas egna tankar och erfarenheter kring ämnet var det centrala valdes en kvalitativ abduktiv metod. En induktiv forskningsansats utgår från empiriska iakttagelser och skapar en generell teori utifrån dessa medan den deduktiva forskningsansatsen utgår från en färdigformulerad teori som prövas genom en empirisk undersökning. Den abduktiva metoden har såväl induktiva som deduktiva drag. Analysen av empirin kan föregås av studier av tidigare litteratur i ämnet och under den pågående forskningsprocessen sker studier av tidigare teori varvat med empiri varefter resultatet blir en syntes av dem bägge (44).

2.1 Urval

Ambitionen från början var att finna ca tre allmänläkare som arbetat länge i yrket och på så sätt skulle kunna reflektera över förändringarna som skett av yrket över tid. För att finna dessa skickades ett e-mail till verksamhetscheferna på sex olika vårdcentraler i Region Sörmland där studiens upplägg kortfattat beskrevs och kontaktuppgifter till lämpliga läkare efterfrågades. Detta gjordes för att undvika selektionsbias då författaren själv arbetar som ST-läkare i samma region. Vårdcentralerna som kontaktades innefattade både vårdcentraler belägna i centralorter samt i mindre tätorter och på landsbygden, och både privata och offentliga vårdcentraler. Svaren utmynnade slutligen i kontaktuppgifter till fyra olika läkare på tre vårdcentraler. Av de två läkare som arbetade på samma

vårdcentral valdes den som arbetat längst tid ut varpå tre intervjuer kunde bokas in. Läkarna som deltog i studien arbetade samtliga på offentliga vårdcentraler och vårdcentralerna var belägna både i centralorter och i mindre tätorter. Av allmänläkarna som deltog var det två kvinnor och en man. De hade ungefär 80 års samlad erfarenhet av att arbeta som specialister i allmänmedicin.

2.2 Datainsamling

Intervjuerna genomfördes som semistrukturerade intervjuer. En intervjuguide utformades på förhand med frågor kring olika ämnen som önskades skulle beröras. Intervjun startade med en öppen fråga om hur läkaren såg på autonomi i arbetet och hur denna hade förändrats över tiden under läkarens karriär. Därefter följde frågor som berörde läkarnas syn på riktlinjer och vårdprogram, tankar kring evidensbaserad medicin respektive reflektioner över den IT-utveckling som varit. Inom vart och ett av dessa områden ställdes utforskande frågor kring hur läkaren ansåg utvecklingen inom respektive område påverkat arbetet, både för läkaren själv, för patienterna och hur de inverkat på den egna arbetsautonomin. Slutligen efterfrågades några konkreta exempel från vardagen på hur arbetet förändrats över tid med tonvikt på arbetsuppgifter. Samtliga på förhand formulerade frågor finns i Bilaga 1, intervjuguide.

Under intervjuerna rörde sig samtalen relativt fritt och frågorna besvarades inte i den ordning som de ställts upp i på förhand. Dessutom ställdes ofta ytterligare uppföljande, utforskande och klagörande frågor utifrån de svar som läkarna givit. Detta för att kunna få så fylliga svar som möjligt som kretsade kring det som läkarna tyckte var viktigt vilket är syftet i en kvalitativ studie (45). Intervjuernas totala längd varierade mellan ca 1 h till 1 h 40 m. Under intervjuerna spelades samtalet in med hjälp av en röstinspelningsfunktion på medhavd mobiltelefon. Efter intervjuerna transkriberades dessa ordagrant.

2.3 Analys

För analys av det transkriberade materialet användes latent kvalitativ innehållsanalys (11). Först lästes de transkriberade intervjuerna igenom för att få en känsla för materialet. Därefter lästes de noga igenom en gång till och delades då upp i meningsenheter, dvs de ord, meningar eller stycken av varierande längd som relaterar till en central mening. Av dessa meningsenheter gjordes sedan en meningskondensering vilket innebär att texten kortas och görs tydligare utan att essensen i budskapet ändras. Slutligen förseddes varje meningsenhet med en kod som speglade budskapet (11).

När samtliga intervjuer gått igenom, delats upp i meningsenheter, kondenserats och kodats fanns det i ett första skede 254 meningsenheter och 50 koder. Därefter började arbetet med att strukturera och

delar in koderna i olika kategorier och underkategorier, en process som kallas för abstraktion (11). Under denna process togs en del av koderna helt bort från materialet då de inte bedömdes ha någon relation till syftet med studien och forskningsfrågan. Totalt sett togs 11 olika koder bort. Exempel på koder som togs bort var “egen hälsa” och “kollegialt stöd” som inte var kopplat till det övergripande syftet. Under abstraktionen slogs även vissa av koderna ihop och andra bytte namn. Slutligen återstod 213 meningsenheter och 37 koder. Dessa sorterades sedan in under två huvudkategorier och sju subkategorier.

Under arbetet med denna analys framträdde så småningom det övergripande tema som kom att sammanfatta hela arbetet.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Meningskondensering	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
Det är jätteviktigt därför att med åren skaffar man sig ju ett, den här inte mätbara erfarenheten, man får en känsla för att, jag menar det här är nog si och så va.	Med åren skaffar man sig den här inte mätbara erfarenheten, man får en känsla för vad det är.	Intuition	Intellectus beslutsfattande	Intellectus	<i>Allmänläkares balansgång mellan ratio och intellektus</i>
Och allmänläkeri handlar ju väldigt mycket, apropå ekonomin om att prioritera. Fördela resurser. Du måste, framförallt för mig var det så. Jag kände direkt oj jävlar vad mycket det är att jobba med det här och vi var väldigt få. Vi tyckte mycket om varandra men jag kände att fan vi räcker inte till någonstans.	Jobba som allmänläkare handlar i stor utsträckning om att prioritera med begränsade resurser	Kunna prioritera			

2.4 Etiska aspekter

Under denna studie har hänsyn försökt tas för att säkerställa studiedeltagarnas frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet, allt för att försöka minimera risken för att studiedeltagarna lider skada genom sin medverkan (45).

För att säkerställa frivilligheten och integriteten hos studiedeltagarna fick dessa i ett första skede översiktlig information om studien inklusive bakgrund och syfte när de blev tillfrågade om de ville delta. Själva frågan om deltagande ställdes via e-mail. De har även upplysts om att deltagandet är helt frivilligt. För att göra deltagandet i intervjuerna så bekvämt som möjligt för studiedeltagarna fick de själva välja plats för intervjun.

För att säkerställa studiedeltagarnas anonymitet har deras identiteter hållits anonyma från start. De enda utomstående som kan ana vilka som deltar är verksamhetscheferna varifrån kontaktuppgifterna till studiedeltagarna kom. Däremot har det aldrig bekräftats att deras förslag på studiedeltagare har inkluderats i studien.

Konfidentialiteten har upprätthållits genom att transkriberingen av intervjuerna gjorts i två versioner, en där alla namn och uppgifter fanns med och en version där alla namn på personer och platser som direkt kan leda till identifikation av studiedeltagaren anonymiserades. Ljudfilerna och den fullständiga versionen av transkriberingen har under arbetet med studien sparats på ett USB-minne som varit inlåst. Filerna kommer att raderas då studien är klar. Den avidentifierade versionen av transkriberingen har använts i kodningen.

Det bedömdes inte krävas någon etikprövning då det inte funnits någon avsikt att publicera studien.

3 Resultat

Det övergripande tema som framträdde under analysen var "Allmänläkares balansgång mellan ratio och intellectus. Ratio och intellectus blev därmed de två huvudkategorierna och fungerade som två motpoler av vilka allmänläkaren måste använda sig av båda i sitt arbete för att nå framgång. Ratio och intellectus delades i sin tur in i subkategorier enligt figuren nedan.

Tabell 2:

Tema	Kategorier	Subkategorier
Allmänläkares balansgång mellan ratio och intellectus	Ratio	Samhällsutvecklingen
		IT-utvecklingen
		Evidensbaserad medicin
	Intellectus	Intellectus i beslutsfattande
		Relationens betydelse
		Vem får bestämma?
		Arbetsglädje

3.1 Ratio

Mycket i läkarnas berättelser kretsade kring externa aktörers försök till detaljstyrning av verksamheten såväl vad gäller medicinska beslut som hur arbetet organiseras och kontrolleras. Då läkarnas frihet att utifrån den aktuella situationen använda sitt eget omdöme i beslutsfattandet minskar sorterades de in under den övergripande kategorin "Ratio". Subkategorierna som bildades var "Samhällsutvecklingen", "IT-utvecklingen" samt "EBM, scientism och vetenskaplig reduktion".

3.1.1 Samhällsutvecklingen "Själva är de inte särskilt intresserade av verkligheten."

Läkarna vittnade om att kraven på produktivitet och dokumentationskraven hade ökat under deras yrkesliv. Konsekvensen är att de numera inte hinner med arbetsuppgifter som de tidigare uppskattade, såsom viktigt kvalitetsarbete.

"Kvalitetssäkring ... Det har vi ju inte heller tid till idag, utan vi producerar. Punkt. Och det tycker jag är väldigt tråkigt. " - Läkare 3

Läkarna menade också att vården blivit mer fragmenterad i takt med att läkares ansvarsområden avgränsats alltmer som en följd av rationalisering och försök till effektivisering. Detta får till följd att helhetsansvaret för och helhetstänket kring patienten kan gå förlorad och bidrar även till ett ökat revirtänk mellan olika läkare.

“Exakt, ingen vill riktigt ta beslut, och ingen vill riktigt ta ansvar och så säger man ja men den här patienten behöver ju någon som har helhetsbilden.” - Läkare 3

En av de saker som påverkat läkarna i olika utsträckning var ekonomisk styrning och ekonomiska krav. En intressant aspekt var också att samtliga läkare upplevde att det i perioder funnits försök till ekonomisk styrning uppifrån men att de oftast kunnat bortse från detta.

“Alltså jag upplever nog att, vi hade en period när vi tittade väldigt mycket här på register, på hur mycket besök man hade, hur mycket man kostade, hur mycket lab man tog, hur mycket röntgen man använde och så men jag upplever inte, det gör vi inte längre. Och sen så får man se lite staplar här och där att nu har ni använt för mycket si och så, men det blir ju aldrig några uppföljningar va så sen så säger man jaha och sen så fortsätter vi. Alltså jag tycker inte att det har någon större inverkan, det som är.” - Läkare 3

Region Sörmland uppfattades av läkarna vara en bra region att arbeta i då denna region inte försökt påverka läkarna lika mycket med ekonomiska styrmedel som andra regioner.

“Ja jag tror att vi har haft väldigt privilegierat på det sättet, vi har haft en bra mix av ersättningssystem.” - Läkare 1

Samtidigt framkom flera gånger att ekonomin finns med som en faktor när läkaren gör sin bedömning.

“Det finns ju mycket som inskränker mitt arbete som jag inte liksom ser. För att jag är inte intresserad, jag vet ingenting, jag skiter i vår budget mer än att jag tar ansvar, jag försöker inte slösa med några pengar och göra onödiga grejer.” - Läkare 1

Att vi har ett samhälle där det läggs mycket fokus på granskning, uppföljning och jämförelser var ett annat ämne som diskuterades. Oron för granskning, oavsett om en granskning sker eller inte, tenderar att styra arbetet. Som exempelvis Läkare 2 och läkare 1 uttryckte det angående syftet med patientjournalen och hur det påverkar vilka utredningar man gör:

“frågan är ju det kan man också diskutera vad journalen är till för. Är den till för doktorn, är den till för patienten eller är den till för ansvarsnämnden” - Läkare 2

“förr var det ju så att man skickade en remiss för att få en diagnos bekräftad. Nu är det ju så att man skickar remisser för att få dem uteslutna, det blir liksom helt omvända proportioner på utfallet.” - Läkare 1

Rädslan för att bli granskad och styrd, oavsett om man blir det eller inte, kan väcka negativa känslor såsom oro och irritation

“Och landstinget och vissa av oss sätter oss i de där små tornen, befästningarna och vågar inte ut, men vi sitter på administrationen så vet hur allt ska göras. Och vi kontrollerar och tittar ut, men vi är inte där, vi är inte där på skadeplatsen. Och hör vad som sägs och känner och så. Och en del kollegor är ju så också, de kan sitta på ett jättefint lite torn och skriva och forska och studera och studera kollegor och ha synpunkter. Själva är de inte särskilt intresserade av verkligheten. Men de har ofta högre lön och slutar klockan fem och sådär. Vi som är här ute vi springer omkring och vi tycker kanske det är kul och vi är team också, vi samarbetar mer eller mindre. Men man känner sig ju inte så trakterad av att höra en massa tillrop från de här som sitter någon annanstans. Utan vi vet ju, vi kan det här läget.” - Läkare 1

Det poängterades även att vi är olika som människor. Vissa blir väldigt negativt påverkade av att granskas varför man istället bör försöka uppmuntra och stimulera om man vill verka för en bra arbetsmiljö. Dessutom menade Läkare 1 att det är så få läkare som inte håller måttet att det inte är motiverat att lägga bördan av ett hårt kontrollsystem på alla.

“För jag tror att det är så, det finns väldigt mycket fogligare medarbetare och kollegor, men de går sönder, de förlorar glädjen och de känner sig nedvärderade och nedbrutna och kontrollerade och värderade och så vidare. Jag tror man måste stimulera istället för att kontrollera” - Läkare 1

“Och vad det gäller mig och jag tror vad det gäller mig själv, inte så förvånande tycker att jag är seriös. Jag tror de allra flesta distriktsläkare är seriösa och gör så gott de kan. Men alla är inte lika pålästa, alla är inte lika vassa, det finns en del avarter ... Men i alla fall de allra flesta är seriösa och gör så gott man kan. Mycket mer kan man inte begära av en människa, jag tror inte att man kan tvinga.” - Läkare 1

Läkare 1 upplevde även att jämförelser och konkurrens mellan kollegor ökat vilket bidragit till negativa konsekvenser.

“Vi har så jättemycket vi ska känna till och kunna men då är det mer såna här, de här högdjuren och superkollegorna som är vassa, älskar att vara pålästa och drivande. De behövs ju också men alltså jag kan känna mig väldigt underlägsen och lite svag” - Läkare 1

Formaliserade granskningar riskerar dessutom att lägga fokus på fel saker. Oftast är det personliga egenskaper som gör att personer inte klarar av arbetet. Då krävs det ett starkt ledarskap på plats snarare än större extern kontroll.

“Och man ska ha ett bra ledarskap som ibland måste gå in och ta en fight, det här duger inte. Men det är faktiskt inte ABC-kunskap, utan det är andra saker som gör att folk inte håller måttet. Det är mer personlighetsegenskaper, och det är tufft nog.” -Läkare 1

Läkare 1 ställde sig kritisk till frågan om re-certifiering, bland annat eftersom det tar ytterligare ett steg mot att flytta makten över vilken kunskap som ska prioriteras bort från läkaren till en extern aktör.

“och re-certifiering alltså man, vad fan vem ska sätta, vem ska sätta den, de frågorna. Vem bestämmer.” -Läkare 1

“...det här är en konst. Vi jobbar med ett, på ett sätt konstnärligt jobb alltså, det är så fritt, det är så stort, det går inte att formalisera. Vi har gått igenom vår förbannade utbildning och testats och testats, därför är jag dessutom lite tveksam till recertifiering.” - Läkare 1

Läkare 2 menade att det är oundvikligt att vi alltid kommer att göra misstag och att det därmed kanske är något som vi till viss del måste acceptera.

“Vi är inte maskiner. Man kan göra fel. Absolut. Det gäller bara att minska risken för det, men det går ju inte och komma ifrån.” - Läkare 2

En annan sak som förändrats under den tid läkarna arbetat är att patienterna ställer högre krav idag än tidigare. Detta sågs som något positivt, men gör samtidigt att arbetet tar mer tid och att det inte är lika

enkelt att fatta snabba beslut.

“Patienterna har också större krav. Dels på hur de ska må och vad de ska få för någonting och att det ska få ta tid. De är inte nöjda med en kort grej. Nej men en halsfluss kunde man kanske förr, jaha ont i halsen bara bom. Nu ska man prata om det och nu ska man förhålla sig och nu ska man förklara du vet. Det är ju trevligt men tar mer tid. Motivera varför de inte ska ha penicillin.”

- Läkare 3

Sammanfattning samhällsutvecklingen:

Läkarna beskriver sig balansera i ett spänningsfält mellan externa krav och riktlinjer uppifrån och den egna professionella avvägningen. Sammantaget bekräftade intervjuerna den bild som beskrevs i bakgrunden med ökade produktionskrav, dokumentationskrav och ekonomiska krav. Vad gäller de ekonomiska kraven är det snarare deras egen ansvarskänsla över att inte göra av med onödigt med resurser för det allmännas bästa, än de ekonomiska krav som kommer uppifrån, som stakar ut deras handlingar. Samhällsutvecklingen har även lett till att patienterna fått mer makt, vilket sågs som något i grunden positivt men som även gjort att arbetet går långsammare.

Externa granskningar och kunskapskontroller riskerar att göra mer skada än nytta då de leder till dålig arbetsmiljö för en så stor del av läkarna. Oftast är det personliga egenskaper som ligger till grund för att vissa läkare inte klarar sina uppgifter. Detta är inte okänt för de som arbetar runt dessa personer och snarast en fråga för det lokala ledarskapet.

3.1.2 IT-utvecklingen *“Det där är en datateknikers våta dröm.”*

En aspekt av IT-utvecklingen som diskuterades var de informationshanteringssystem kommit under läkarnas karriärer, exempelvis datajournalerna. Mängden tillgänglig information i journalsystemen och även den information som respondenterna själva för in i journalen har ökat påtagligt under deras karriär. Det har lett till en förändring av arbetssättet som medför att vissa delar av arbetet går långsammare.

“... behöver man det eller behöver man inte det, det är ju ställningstaganden man gör. Och är man då en vad ska jag säga en lite mer noggrann, lite mer orolig person då kan man fastna i det och då blir det jättejobbigt. Och du ska hela tiden hålla på liksom titta och, och då tar det ju timmatal faktiskt. Så att nej jag är inte så förtjust i det där” - Läkare 3

Något som alla tog upp var uppfattningen att datasystemen idag är dysfunktionella och skulle kunna göras mycket smartare.

“Ja men då måste det vara ett lätt system och det är inte, alltså jag har en liten verkstad där ute, de ändå verktygen man kan använda är ju verktygen som funkar, slöa knivar och sågar kan man ju inte ha.” - Läkare 1

Samtidigt var det ingen tvekan om att datajournalerna på många sätt även förenklat arbetet.

“Slippa leta journaler. Och att man har det här med gemensam lablista, gemensam läkemedelslista är ju fantastiskt. Att kunna gå in i röntgen, att se alla röntgenundersökningar nu som man kan som är gjorda. Då vet man, när gjorde du lungröntgen sist. Patienterna har ju inte en aning” - Läkare 2

En annan aspekt på IT-utvecklingen som diskuterades var huruvida datorn med hjälp av artificiell intelligens och algoritmer ska kunna ersätta beslutsfattande av mänskliga läkare. Detta kan ses som den yttersta konsekvensen av ett mekaniserat ratiotänk. De av respondenterna som provat någon form av datoriserat beslutsstöd som finns idag, exempelvis collabodoc, ansåg att dessa var för utvecklade för att på ett effektivt sätt kunna hjälpa dem i deras arbete. Verkligheten är för komplex och beslutsstöden alltför oflexibla för att det ska fungera på ett bra sätt.

“Ja, och när, om jag hade väl, hade ett pass med collabodocen, det ansågs vara underläkarjobb. Jag skulle ta hand om de svårare sjuka. men sen hände det då att någon utan mina stjärnor hamnade på collabodocen och sen så skulle jag följa upp och det var helt obegripligt, man kunde inte ens förstå vad patienten hade fått för diagnos, eller för behandling. Ja alltså det, det var helt oanvändbart.” - Läkare 3

Framförallt fanns en skepsis mot att ett datorprogram skulle kunna fånga in hela komplexiteten i ett patientbesök, eller som Läkare 3 uttryckte det

“Ja kanske det är såhär att bättre på att ställa diagnos. Ja kanske på hjärtinfarkt eller på lunginflammation eller någonting sånt där, men det är ju inte det som är det stora vi håller på med: Vi håller på med ganska multikomplexa saker. Och kommer det ut någonting, du har halsfluss. Ja, och? Det är ju inte det som är det vi håller på med. Vi håller på med patienter som

har liksom hela internmedicinska boken som diagnoser, de mår inte bra. Varför mår de inte bra?” - Läkare 3

“Det där är en datateknikers våta dröm. Men det vi håller på med i allmänmedicinen är något helt annat. Därför att du gör hela tiden den totala bedömningen.” - Läkare 3

Däremot menade man att datoriserade beslutsstöd på vissa sätt kan vara ett bra komplement, exempelvis genom att patienten får tänka igenom frågorna innan själva läkarbesöket eller för att inte missa ovanliga diagnoser som kan vara svåra att komma ihåg.

“Det är möjligt att det kan vara en hjälp men jag, att sortera då, det som kan vara bra kan väl vara att patienten kan tänka till innan. Och svara. Och hinner tänka, ibland hinner de ju tänka en gång till sen innan man själv träffar dem och då kanske man kan få mer information än man hade fått om du själv hade ställt den frågan.” - Läkare 2

Sammanfattning IT-utvecklingen: Sammantaget menade läkarna att

informationshanteringssystemens expansion av den information som kan lagras om varje patient; dels underlättat arbetet då all information finns samlad på samma ställe; men även gjort arbetet mindre effektivt då det är lätt att förlora sig i all information och att överdokumentera. Att datorn skulle kunna ta över hela arbetet som allmänläkare var det ingen som trodde med tanke på den komplexitet som innefattas i många patientmöten. Däremot var läkarna inte främmande för att i större utsträckning använda datasystem och AI som ett komplement.

3.1.3 Evidensbaserad medicin *“jag kan inte vara på den planhalvan”*

I takt med den evidensbaserade medicinens utveckling utvecklas det ständigt nya och allt mer detaljerade riktlinjer för olika tillstånd. Här reflekterar läkarna över denna utveckling.

Med ett ökat fokus på att använda riktlinjer och vårdprogram minskar den enskilda doktors möjlighet att bestämma själv utifrån den aktuella situationen gradvis.

“Oh ja, det har ju kommit enormt, jag menar de var ju små tunna saker från början när de kom men nu är de ju flersidiga och man kan snart inte göra någonting utan att ha ett PM eller ett vårdprogram. Och det har jag ibland undrat över om det är viktigt.” - Läkare 2

Dagens fokus på riktlinjer har inte bara flyttat makten över beslutet bort från den enskilda allmänläkaren utan makten tenderar även att flyttas bort från primärvården.

“Men min upplevelse är ändå det kommer väldigt mycket PM och riktlinjer. Primärvården är väldigt dåligt representerad i det där. Det läggs på oss att nu ska ni göra det här och nu ska ni göra så och nu ska ni ta emot dem. Och vi är liksom inte med i matchen. Och det tycker jag är förskräckligt. Därför att ska man utarbeta såna här saker då ska ju de som ska göra jobbet, de ska vara väldigt hårt representerade. Inte någon slags gisslan i en grupp om femton slutenvårdsdoktorer, så är det en distriktsläkare. Det tycker jag är fel.” - Läkare 3

Det fanns också en oro över läkemedelsindustrins påverkan på riktlinjerna utifrån dess ekonomiska intressen.

“Och jag tror att vi är väldigt fångade i det här medicintekniska läkemedelsindustriella komplexet, i deras nät, med massor, massor, med information och tveksamma. Tänk bara på SSRI-förskrivningen, så jävla klena resultat och dubiösa verknings effekter och så mycket biverkningar, så ohyggligt mycket förskrivning. Det är orimligt.” - Läkare 1

Verkligheten är ofta alltför komplex och mångfacetterad för att patienterna ska passa in i de vårdprogram och beslutsstöd som finns idag. Dessa fokuserar ofta på en diagnos, medan patientens egna önskemål, sociala situation och andra sjukdomar ofta inte tas hänsyn till.

“Ja och den ska gå. Många, jag vet inte det här är svårt att formulera, men många specialister tror att bara vi gör precis som de vill med just deras sjuka så kommer det att blir bra, men det är inte så enkelt. För patienten med hypertoni har KOL och colon irritabile och så har den ett barn med svårigheter.” - Läkare 2

När man följer vårdprogram till punkt och pricka och inte gör någon egen bedömning utifrån den aktuella situationen kan det leda till ett ökat resursanvändande. Riktlinjerna arbetar utifrån ett idealt scenario där det råder full bemanning på vårdcentralen och där det inte finns några köer till andra undersökningar mm.

“...men alltså alla de här sjukdomarna, det kommer ju att innebära hur mycket som helst för serviceorganisationerna, röntgen, för klinfys, för, alltså ska vi börja peppra dem med remisser

utan att man på något sätt ökar den resursen, hur tänker vi nu. Det är på något sätt som att man tänker att vi går omkring och rullar tummarna i sjukvården. Så nej.” - Läkare 3

Ett ökat fokus på siffror och evidens i varje läge gynnar en viss typ av läkare med en personlighet där detta sätt att tänka på faller sig naturligt. Läkare med andra sätt att tänka på som kan vara stora tillgångar i andra delar av yrket missgynnas därmed.

“Men det finns ett problem, de är så jävla yberduktiga. Men det finns ju en grupp som studerar överbehandling och ”too much medicine” och sånt. Så det finns såna också men de är väldigt duktiga. Och en del är då halsstarriga vad gäller siffror och håller på och tjafsar som fan.” - Läkare 1

“Därför håller jag käften litegrann. Jag har inte den typen av kunskaper, jag kan inte vara på det här, jag kan inte vara på den planhalvan” - Läkare 1

Arbetet blir även tråkigare när man går efter riktlinjer.

“För det är ju bekvämt det här att göra precis efter vårdprogram, då behöver du ju inte tänka själv. Men det blir ju, det är inte, det blir ju inte lika roligt. Om vi bara ska göra.” - Läkare 2

Den stora fördelen med vårdprogram är att de är bra källor till kunskap då det är svårt att ha allt i huvudet eftersom allmänmedicinen är så bred och kunskapsområdet växer så snabbt.

“jag tror att det är bra att ha för ibland just som allmänläkare har man ju sånt vitt kunskapsområde du ska tänka och då kan det ju vara jättebra ibland att gå in och läsa de här vårdprogrammen. Ja men det här borde jag tänka på, de här grejerna och de här proverna och ja visst det här ska jag göra.” - Läkare 2

I vissa fall, som exempelvis SVF-vårdförloppen, menade läkarna att vårdprogram gett ökad makt till allmänläkaren gentemot andra specialistkollegor, vilket upplevdes positivt.

“Under de sista åren, det var ju de här, vad hette det nu då, hur man skulle utreda misstänkta tumörsjukdomar. SVF ja, det var ju bra det tycker jag. Det var ju ganska, där kunde jag ju se nyttan med

för det gick ju undan som, tänk vad det gick undan. Ja för patienterna blir ju utredda, det var helt, det var fantastiskt... De kom ju snabbt till undersökning. Det tycker jag var, det var verkligen bra. “ - Läkare 2

Sammanfattning evidensbaserad medicin: Fördelarna med den evidensbaserade medicinen och dess fokus på riktlinjer och vårdprogram är dels att den kan användas som minnesstöd i ett ständigt expanderande kunskapsområde, och dels att den i vissa fall kan flytta makt till primärvården från sekundärvården. Å andra sidan flyttas beslutsfattandet bort både från den enskilde läkaren och från primärvården i stort. Verkligheten är allt för komplex för att kunna rymmas i riktlinjer, både nu och i framtiden, och detta motsäger den uppfattning som ryms inom scientismen och den vetenskapliga reduktionen. Andra invändningar var att riktlinjer leder till ökat resursanvändande, minskar arbetsglädjen, gynnar läkare med ett mekaniskt sätt att tänka och att vårdprogrammen riskerar att bli utnyttjade av läkemedelsindustrin i jakt på ökad läkemedelsförskrivning.

3.2 Intellectus

Under kategorin intellectus återfinns läkarnas röster om vilka andra förmågor som används för att fatta beslut än de som går att standardisera. Vidare hittar man här tankar om relationens betydelse för läkekonsten i samspelet mellan läkare och patient. De andra subkategorierna under intellectus rör dels tankar kring vem som äger beslutsrätten i patientmötet och dels intellectus viktiga betydelse för arbetsglädjen.

3.2.1 Intellectus i beslutsfattande *“den kan leda en rätt många gånger, den här magkänslan”*

Den professionella intuitionen framhölls av samtliga läkare som något som ofta är helt centralt när man ska fatta beslut, och som i många fall kan leda rätt i svåra situationer och uppfatta nyanser som behandlingsriktlinjer missar.

“Jag tror att om man är vaksam på det så tror jag den kan leda en rätt många gånger, den här magkänslan, det minns jag från när jag var ganska ung att man kunde komma, man började, när jag började förstå att ja men den här patienten den här är sjuk. Ja vet inte vad det är men sjutton alltså det här är någonting. Det tror jag inte att du kan få ur något vårdprogram.” - Läkare 2

“Och jag kan liksom inte, det funkar inte med de där fyrkantiga systemen och algoritmer och helvete, siffror. Utan jag jobbar på något mer intuitivt sätt. Jag är och jag brukar säga såhär att för min del handlar det nästan om att ha ett väderkorn nästan, känna, vad är det som är

problemet och hur ska vi lösa det liksom. Och det tar lite tid, det är därför jag är långsam.” -

Läkare 1

“men jag är ganska noga om du förstår vad jag menar, jag har ett sånt sätt att jobba, jag hade ett sånt sätt att plugga, jag har ett sånt sätt att leva och tänka. Det är någon slags impressionistiskt sätt liksom, jag jobbar med känsla mycket med men det måste ju finnas tanke och kunskap också.” - Läkare 1

Förutom att använda intuition i patientmötet ställs man som allmänläkare ofta inför situationer som man inte har varit med om tidigare och där det inte finns några riktlinjer. Där behöver man använda en problemlösningsförmåga som inte går att standardisera.

“Men vi lever i det där och vi har bara ett val, vi får försöka lösa problemen där och då och man gör det på olika sätt beroende på vem du är. Mer vem du är än vad du kan.” - Läkare 1

Även när exempelvis olika intressen står mot varandra, man har begränsade resurser, eller där riktlinjerna som säger hur man ska göra krockar och ger motstridiga besked krävs det att man har en förmåga att prioritera.

“jag brukar säga att vi är på ett minerat fält. Det finns, vi jobbar ute på det här fältet, det rör sig hela tiden som sakta, allting på det här fältet rör sig mot en horisontlinje där det bara vräker sig ner, sakta, sakta. Och jag springer som doktor här mellan olika olyckor och eldsvådor hit och dit, och man är ju väldigt ensam. Och överallt, eller här och där ligger det minor. Ska vi jobba så måste man utsätta sig för risker att springa på en mina och du måste prioritera hela tiden, du kommer till en plats och ge vad du kan där, sen måste du lyfta blicken och ta hand om andra.” -

Läkare 1

Det krävs även en förmåga att göra komplexa bedömningar där man väger in ett stort antal faktorer och använder den känsla för arbetet man utvecklat.

“Men alltså att hålla på och examinera och ABC-kunskap det är inte vårt problem. Vårt problem är att ha en levande kunskap, en levande känsla för jobbet i sin helhet, alltså hela organisationen också. Landstinget, staten, samhället liksom, vår roll i samhället. Inte en massa detaljer.” -

Läkare 1

Sammanfattning intellectus i beslutsfattande: Att den intuition man skaffar sig med erfarenhet är ett jätteviktigt komplement till den medicinska kunskapen i arbetet som allmänläkare är det inget tvivel om. Här betonades vikten av att kunna väga in många olika faktorer när ett beslut ska fattas liksom förmågan att prioritera med knappa resurser eller mellan motstridiga intressen. Det är inte ovanligt att man ställs inför nya situationer som man inte har någon erfarenhet av eller kunskap om, och då är det centralt att ha en problemlösningsförmåga.

3.2.2 Relationens betydelse *“så länge hon kommer hit så har jag ju chansen”*

En annan aspekt som sorterades in under intellectus var förmågan att använda sin mänsklighet i arbetet, något som är svårt att standardisera och systematisera. Bland annat underlättas arbetet av att man bygger en relation med och lära känna sin patient..

En aspekt av relationens betydelse för samarbetet mellan läkare och patient rörde den nödvändiga tilliten och förtroendet till läkaren från patientens sida.

“Jag har en tjej alltså, hon har en diabetes, hon ligger helt jävla vansinnigt. Och varenda gång hon kommer så kommer vi överens om att hon ska börja med något och så slutar hon två dagar senare, det är såhär. Hon kommer att få sin hjärtinfarkt, hon kommer att få stroke, alltså det är så. Man försöker så gott det går. Men alltså, jag måste ju behålla hennes förtroende ändå. Därför att så länge hon kommer hit så har jag ju chansen. Om jag liksom bara slår näven i bordet, nu jävlar, då kommer hon ju inte att komma.” - Läkare 3

Något som även betonades var även den hälsofrämjande effekten som som den mänskliga relationen mellan läkare och patient bidrar till.

“Och jag tror faktiskt på de här studierna som finns i japan när man har försökt att robotar tar hand om gamla människor. De blir så deprimerade att de dör. För alltså mer än 50% av det vi håller på med är att vi interagerar. Den här berömda vad heter det nu då, placeboeffekten. Det är en jätteviktig det, den mänskliga kontakten, vi tar på folk. Så Vi bekräftar folk, kanske inte med ord men hur vi sitter, hur vi liksom tittar dem i ögonen, hela det här.” - Läkare 3

En annan sak som underlättar arbetet är när man lär känna en patient och man får en känsla för varandra som går utöver den kunskap om patienten som kan hittas i journalen. Det skapas en flexibilitet som gör att man exempelvis kan ta en uppföljning per telefon istället för ett besök. Det kan också bidra till att förbättra diagnostiken genom att själva samtalet förbättras.

“Det är också en fördel med att ha sina egna patienter. Om du har träffat dem någon gång i alla fall, sen kan man ju ha dem på telefon, en del hade jag, upptäckte jag att jag hade inte träffat dem på flera år. Men man hade dem, telefonkontakten räckte. Och det tror jag inte det går med någon dator nej.” - Läkare 2

“det är ju så att det i anamnesen där ligger det absolut outstanding viktigaste för diagnosen. Har du en bra anamnes så får du mer än 75% av diagnosen. Sen finns det ju jävligt bra tekniska grejer, mätvärden och ultraljud och allt möjligt och röntgen och allt sånt där va. Men du måste ju börja någonstans och då är det, och jag är bra på att snacka med folk.” - Läkare 1

Sammanfattning relationens betydelse: Att skapa en bra relation med patienten sågs som mycket viktigt i arbetet som allmänläkare. Det underlättar arbetet och ger en större flexibilitet som kan leda till en bättre anamnesupptagning vilket är centralt för diagnostiken. Tilliten som skapas kan vara avgörande för att en patient överhuvudtaget uppsöker sjukvården och kan också skapa en långsiktig trygghet för patienten i livet. Slutligen betonades inte minst relationens hälsofrämjande effekter där den bidrar till exempelvis placeboeffekten.

3.2.3 Vem får bestämma? *“man håller inte på att tjata på vuxet folk så mycket”*

Under denna subkategori sorterades reflektioner kring vem som i slutändan har beslutsrätt under läkarbesöket vilket även detta är en avvägning som läkaren gör mellan ratio och intellectus.

Många gånger betonades det hur viktigt det är att läkaren får göra avsteg från riktlinjer utifrån sin professionella erfarenhet för att patienten ska må bra.

“ja men nu ska det vara 130/80, 2 år senare säger de 140/90, och sen så blir det 120/80 sen så blir det 140/90 igen. Såhär håller de ju på. Och jag kan säga såhär i min värld 140/90 det är gränsen. Den har varit med många gånger under åren så den behåller vi faktiskt. Kan man komma under, ja det är väl bra om de mår bra men där sätter jag gränsen. Så jag bryr mig inte

så mycket, och det kanske är fel men så gör jag. Och likadant urgamla människor, 160/90. För jag, men är man här liksom 93 och råkar ha 155/85 det tycker jag är jättebra. Men då får en del internister spader. För att så får det inte vara. Men alltså de mår inte bra om man pressar ner dem. Är min erfarenhet.” - Läkare 3

Även patientens autonomi var dock något som upprepade gånger framhölls som en mycket viktig orsak till att fråga riktlinjerna. Därmed är beslutet som fattas ofta ett samspel mellan läkaren och patienten som sker i den konkreta situationen.

“det är faktiskt lite kymigt att sitta där med kollegor som driver det här och säger att, och som man då känner indirekt, de har nog fina siffror själva, de har nog fina siffror för de säger att vi ska göra såhär. Och det här är fel, det här är dåligt till och med. Och så vet man med sig själv att man är ganska, man håller inte på att tjata på vuxet folk så mycket, man försöker informera dem och sen så peppa dem.” - Läkare 1

“Jag har ett antal patienter som inte vill ha, för de mår dåligt av det. De är välinformerade om risksituationen, och att såhär ser det ut i grupp, men jag kan inte säga något om just dig, såhär ja, och de väljer att vara utan och då får ju jag leva med det. Man kan ju naturligtvis gå i klinch med dem och bli osams och så men det är de som ska svälja.” - Läkare 3

Framförallt betonades vikten av att tillsammans med patienten komma fram till ett gemensamt beslut, och att om man gjort det så är det svårt att ha några synpunkter på handläggningen.

“Är du och patienten överens då är det jävligt svårt att klanka ner på det. Då måste du komma rännande med nån statistik och säga att patienten fick för lite eller för mycket, kostade för lite eller för mycket men, är patienten och jag nöjda och löste ett antal problem vem ska kunna komma med några allvarliga synpunkter?” - Läkare 1

Sammanfattning “vem får bestämma”: Beslutet att fråga på förhand uppgjorda riktlinjer eller bestämmelser kring hur man ska arbeta ligger ofta hos läkaren och ibland hos patienten, men idealet bör vara att finna konsensus mellan dem båda.

3.2.4 Arbetsglädje *“det är jag som har legitimationen”*

Vad är det som har gjort att dessa läkare har valt allmänmedicin som specialitet och vad är det i deras praktik som gör att de upplever arbetsglädje respektive vilka hot de ser mot en god arbetsmiljö?

En hög grad av autonomi, att få bestämma själv, var något som lyftes upp som helt centralt för arbetsmiljön. Det var även någonting som betonades som en viktig faktor för valet av specialitet.

“Jag har varit doktor i 33 år, jag har varit specialist i allmänmedicin i 23 år. Och som sagt 10 års vidareutbildning var det ju en gång i tiden med barn och så, men anledningen till att jag blev allmänläkare det var ju att då skulle jag få bestämma själv.” - Läkare 3

“En jätteviktig sak för mig. Det blir jävla långt men för mig är det angeläget att. Alltså jag har ganska mycket integritet. Och behov av det. Och då passar det ju bra att jobba som ensam överläkare på ett rum med en patienten.” - Läkare 1

“och vi är så väldigt många olika så det är klart att det finns alla typer men för många av oss tror jag det är, för arbetsglädjen avgörande att ha frihet och ansvar och inte detaljstyras det är självklarheter.” - Läkare 1

Att använda och följa sitt samvete i jobbet och inte göra något som går emot det egna samvetet var även det något som kopplades till arbetsmiljön.

“det var en känsla av, det var betydligt friare förr va. Alltså för 20-25 år sedan. Men det är fortfarande väldigt fritt och du får, men och det skulle jag vilja att ni som är yngre. Gå inte i fällan, den här duktighetsfällan, var duktiga, var ambitiösa och intresserade, det är ni ju. Men låt er inte motas med, ta ingen skit utan ni bestämmer. Det är du som har legitimation. Det brukar jag säga, det är jag som har legitimationen. Ingen kan säga emot mig att göra något som jag inte vill, det är jag som gör tolkningen, det är jag som har tolkningsföreträde vad jag ska göra och inte göra. Det är ingen annan. Jag har legitimation. Fattar du, ja men de vet inte ens hur det där fungerar, men det är ett argument som biter. Men alltså det är ungefär som mitt samvete, jag gör inte saker mot mitt samvete.” - Läkare 1

Sammanfattning arbetsglädje: Att få bestämma själv och inte gå emot sitt eget samvete var något som framhölls som helt centralt för arbetsglädjen och som varit en central faktor i valet av specialitet.

4 Diskussion

Syftet med denna studie var att låta tre erfarna allmänläkare reflektera över begreppen ratio och intellectus betydelse för yrkesutövandet, om balansen mellan dem förändrats under deras yrkesliv och vad det i så fall har haft för konsekvenser. I den forskning som presenteras av Bornemark i boken "Det omätbaras renässans" utvecklas en teori om att en ökad detaljstyrning bidrar till ett ökat mekaniskt tänkande (ratio) på bekostnad av en praktik där yrkesutövaren får möjlighet att fatta komplexa beslut utifrån hela sitt professionella kunnande (intellectus). Ansatsen var bred och förhoppningen var att läkarna skulle kunna reflektera så fritt som möjligt kring dessa frågor för att om möjligt bredda tidigare forskningsresultat.

Ratio:

De deltagande läkarna i denna studie upplever att både produktivitets- och dokumentationskraven har ökat. Det resultatet speglar tidigare studier exempelvis rapporten *Arbetsmiljön i Primärvården* där man även kopplar detta till en sämre arbetsmiljö (6). Som lösningar diskuterar man i denna rapport specifika åtgärder som skulle kunna vända denna trend, exempelvis att ge läkarna större makt över sina tidsbokningar eller förbättra chefskapet på enheten. Det senare föreslås genomföras genom att se över antalet direktrapporterande personer och förbättra organisationen kring chefen. Risken med en åtgärd som den sistnämnda är att den bara ytterligare förstärker den trend mot ökad organisering och rationalisering som från början lett till situationen där vi är idag. Resultatet från en annan studie från sydöstra Sverige pekar även den mot att en högre administrativ arbetsbörda inklusive ökade dokumentationskrav ger en negativ påverkan på den psykosociala arbetsmiljön för allmänläkare (46).

Även patienternas engagemang och förväntningar på bland annat information och delaktighet har ökat över tid vilket ses som positivt men gör samtidigt att besöken tar längre tid idag än tidigare, vilket även visats i rapporten *Arbetsmiljön i primärvården* (6). Det är en viktig aspekt som bör tas hänsyn till när man jämför produktiviteten idag jämfört med hur det såg ut tidigare, eller om man jämför med andra länder som kanske fortfarande har en mer traditionell läkar-patientroll.

Ett lite förvånande resultat jämfört med rapporten *Arbetsmiljön i primärvården* (6) var att de ansatser till striktare ekonomisk styrning som finns idag inte föreföll påverka de deltagande läkarna i någon större utsträckning. De ansåg att de kunde bortse från sådana krav. Istället framhöll de att de

snarare följde sitt eget samvete när det gällde att inte göra av med för mycket pengar. Detta skulle kunna bero på att de utvalt erfarna läkarna i denna studie upplever en högre grad av autonomi till skillnad från den blandade studiegruppen den andra studien refererar till. En annan orsak skulle kunna vara att Region Sörmland har haft ett mindre fokus på ekonomisk styrning än Region Stockholm där läkarna i den andra rapporten arbetade, något som även framhölls av våra studiedeltagare.

På frågan om vilken roll det tilltagande granskningssamhället med dess fokus på utvärderingar och kontroller spelar framhölls att arbetet idag har ett större fokus på att klara granskningar än tidigare. Det leder i slutändan till att mer resurser tas i anspråk för att klara eventuella granskningar. Fokus i arbetet skiftar dessutom mot en typ av formaliserad kunskap på bekostnad av andra kvaliteter i läkaryrket. Båda dessa är exempel på så kallad målförskjutning som beskrivs av Forsell och Ivarsson Westerberg (12).

Förutom detta lyftes även hur upplevelsen av att bli utvärderad och granskad kan leda till starka negativa känslor. Detta stämmer väl överens med resultaten från en amerikansk studie (47) där man visade att feedback ger upphov till mycket starka känslor hos allmänläkare. Där sågs att det inte är själva innehållet i feedbacken som leder till detta starka känslövar utan snarare enbart det faktum att feedbacken ges. Hur granskningssamhället påverkar effektiviteten i primärvården, arbetsmiljön för läkare och skiftar fokus mot granskningsbara kunskaper finns det inte så många tidigare studier kring och bör undersökas närmare.

I samtalen om IT-utvecklingen ansåg läkarna i studien att denna hade förenklat arbetet genom att det nu är betydligt lättare att hitta information om patienten jämfört med tidigare. Däremot uppmärksammade de att IT-utvecklingen lett till såväl överdokumentation samt ökat risken för att man förlorar sig i all tillgänglig information vilka båda leder till mer tidsåtgång och en sämre effektivitet. Det fanns förhoppningar om att detta skulle förbättras med bättre informationshanteringssystem, men samtidigt ökar kraven hela tiden på utförligare dokumentation. Just bristande informationshanteringssystem är något som påtalats i tidigare rapporter som en orsak till bristande effektivitet i vården (15). Däremot skulle det kanske behövas mer kunskap om när mängden dokumentation och information om varje patient leder till en sådan effektivitetsförlust att det överskuggar det positiva med informationshanteringen.

Avancemanget för den evidensbaserade medicinen inom vården sågs som positiv på så sätt att kunskapen vidgas samt att vårdprogrammen och riktlinjerna som följer med denna utveckling är nödvändiga då det blir allt svårare att kunna hålla all nödvändig kunskap i det egna minnet. Samtidigt problematiserade läkarna utvecklingen av EBM ut flera aspekter. Dels fanns en upplevelse av att den egna professionella autonomin minskar i takt med att allt mer fokus läggs på vikten av att följa riktlinjer och vårdprogram. Vidare upplevde läkarna att EBM förflyttar makten över hur allmänmedicin ska bedrivas

bort från allmänläkare till sjukhusspecialister som inte har någon egen erfarenhet av allmänmedicin. Det leder till att de vårdprogram som utarbetas ofta är verklighetsfrånvända och orealistiska både i fråga om vad som är bemanningsmässigt möjligt att utföra på vårdcentralen men också gällande kostnader för exempelvis lab och röntgen. Detta leder till frustration. Erfarenheten att det egna inflytandet över arbetet har minskat till följd av EBM speglar resultatet från tidigare studier (36-37), men just kopplingen mellan minskad professionell autonomi och implementationen av EBM i primärvården i Sverige skulle behöva undersökas och analyseras närmare.

En annan viktig aspekt av EBM som togs upp var uppfattningen om att verkligheten är för komplex för att man ska kunna ha en förhoppning om att kunna passa in alla patienter och situationer i ett vårdprogram. Detta visar på en medvetenhet kring scientismens och den vetenskapliga reduktionismens begränsningar hos dessa läkare som stämmer överens med uppfattningen hos allmänläkare i tidigare studier (7, 42, 48). Strävan efter att fullt ut individanpassa sjukvården med hjälp av allt mer avancerade och detaljerade vårdprogram är kanske en strävan som aldrig kommer att nå sitt mål, utan snarare resultera i en fortsatt explosion av riktlinjer. Dessutom fanns en farhåga kring att denna utveckling premierar läkare med ett sätt att tänka och arbeta på ett datorlikt sätt på bekostnad av läkare med andra kvaliteter som kan vara värdefulla ur andra aspekter. Finns det en gräns för när denna utveckling i slutändan inte längre gynnar vare sig patienten, läkaren eller sjukvården, och var går den i så fall? Detta är ett område som borde utforskas och uppmärksammas mer, kanske framförallt i ljuset av det pågående projektet kring kunskapsstyrning med dess personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.

Intellectus:

Förmågan att använda intellectus form av tänkande i sitt beslutsfattande framstod som helt central i läkarnas berättelser. Det betonades att intuitionen som man erhåller med växande erfarenhet kan vara ett mycket betydelsefullt komplement till medicinska utantillkunskaper, och många gånger leda en rätt i svåra situationer. Dessutom kommer man som allmänläkare alltid att hamna i svåra situationer där det inte finns någon fastställd kunskap att luta sig mot. Då behöver man både ha en förmåga att i den aktuella situationen kunna göra svåra prioriteringar och en upparbetad problemlösningsförmåga. Det här är förmågor som man måste öva sig på för att lära sig. Dessa aspekter av beslutsfattandet är ingenting nytt utan det har visats i tidigare studier att allmänläkare värderar dem högt (7) och det är också någonting som ges tyngd åt i målbeskrivningen för läkares specialtjänstgöring (10). Däremot borde det finnas en reflektion kring och kanske även undersökas vidare vetenskapligt vad som händer med utvecklingen av dessa förmågor när allt större tyngdpunkt läggs vid att följa på förhand fastställda riktlinjer i arbetet samtidigt som rädslan ökar för att bli granskad om man avviker från dessa.

Relationen mellan läkaren och patienten lyftes också upp som en viktig komponent och sorteras in under intellectus eftersom det är en del i arbetet där läkaren använder sin egen mänsklighet som ett arbetsredskap till skillnad från rent teoretiska utantillkunskaper. Allmänläkare har i tidigare studier pekat på att relationen ibland kan ta skada när man är alltför fokuserad på att följa riktlinjer eller vårdprogram (8). I denna studie beskrevs att relationen är viktig för att främja läkeprocessen vid sjukdom och exemplifierades med den viktiga placeboeffekten. Det betonades även hur viktigt det är med tillit mellan läkare och patient för att patienten i vissa fall överhuvudtaget ska komma till läkaren, och i andra fall följa läkarens råd. Om inte detta uppfylls så har det ingen betydelse hur kunnig läkaren är om den medicinska utvecklingen och det går på tvärs mot teorin om att EBM i slutändan kan göra personalen utbytbar. Snarare understryker detta vikten av kontinuitet mellan läkaren och patienten för att stärka relationen.

Det fanns en diskussion kring vem som bestämmer och fattar beslut under ett mottagningsbesök. Makten över detta bör framförallt ligga hos de personer som är närvarande när beslutet fattas, det vill säga läkaren och patienten. Detta var en viktig fråga rörande autonomi som läkarna betonade. Läkaren måste utifrån sin erfarenhet och arbetssituation ha mandat att frånga riktlinjer. Patienten ska alltid ha rätt att bestämma om att exempelvis avstå en behandling och man ska respektera patientens autonomi. Man ska inte använda sin auktoritet som läkare för att övertyga patienten om något som denne inte vill. Det ska dock inte förväxlas med att patienten alltid ska få besluta om allt gällande sin vård. Det som framförallt ska eftersträvas är att läkaren och patienten ska nå ett gemensamt beslut. Om detta sker bör det krävas mycket för att någon utomstående ska kunna ha några allvarliga synpunkter på handläggningen.

Att detta diskuteras beror på att en ökad detaljstyrning av arbetet från externa aktörer kan påverka besluten som tas i mötet mellan läkare och patient. Detta kan leda till konsekvenser som inte alltid tagits i beaktande. Exempelvis har det visat sig kunna skada den viktiga relationen mellan läkare och patient (8). Man kan även hypotetiskt fundera över hur effekten blir av en behandling som patienten övertalas till för att läkaren ska få ett bra resultat i ett kvalitetsregister. Vad händer exempelvis med placeboeffekten och hur påverkas compliance till behandlingen? Om patienten inte tar medicinen spelar det ingen roll om siffrorna ser bra ut. Dessa och andra negativa konsekvenser av minskad autonomi i mottagningsrummet skulle behöva undersökas och kanske ges en större tyngd vid beslut om styrning av vården.

Något som läkarna framhöll som helt centralt för deras val av specialitet var just den professionella autonomi som man traditionellt åtnjuter som allmänläkare. Till skillnad från många andra specialiteter beskrevs allmänmedicin som en mindre hierarkisk specialitet där man får bestämma själv redan från början vad som ska göras på mottagningsrummet. Det ger en frihetskänsla som beskrevs som mycket viktig för arbetsglädjen. Om man som person har ett stort behov av integritet har också det självständiga arbete som arbetet som allmänläkare inneburit varit mycket viktigt. Slutligen framkom det tydligt hur viktigt det är för arbetsglädjen att inte tvingas gå emot sitt eget samvete.

Med tanke på detta är det lite oroande att studierna inriktade på läkares arbetsmiljö visar på minskad professionell autonomi och mindre inflytande över den egna arbetssituationen (11). Om trenden mot ökad detaljstyrning, granskningar och uppföljningar fortsätter, hur kommer allmänmedicinen att utvecklas och vilka kommer att arbeta där i framtiden? Läkarna i denna studie som valt specialitet just på grund av friheten inom specialiteten kanske inte skulle välja att jobba som allmänläkare. Vilka kvaliteter går sjukvården miste om då?

Om autonomi

Slutligen bör nämnas något om begreppet autonomi. Det framkom under intervjuerna som något som var avgörande för läkarnas möjlighet att navigera och balansera mellan ratio och intellectus. Förmågan till en egen professionell autonomi löpte dock som en röd tråd genom läkarnas berättelser och utifrån vad som framkom är det svårt att se hur dessa läkare skulle kunna fortsätta arbeta inom ett system där denna autonomi begränsas.

Metodologiska överväganden och svagheter:

I denna studie deltog endast tre läkare vilket är ett litet urval jämfört med vad som är vanligt i en kvalitativ studie. Det kan ha medfört att andra synvinklar som finns på frågorna som avhandlades inte kom fram vilket kan ha begränsat resultatet. En annan aspekt vad gäller urvalet är att alla deltagande läkare arbetar inom samma region, Region Sörmland. Olika regioner kan skilja sig åt vad gäller grad av detaljstyrning varför resultatet av den orsaken inte kan sägas vara generaliserbart för hela Sverige. Sörmland ansågs exempelvis vara en region med mindre fokus på prestationsersättning och ekonomisk styrning än andra regioner.

Läkarna som deltog i studien arbetade på offentliga vårdcentraler. Det är möjligt att styrningen skiljer sig åt på offentliga vårdcentraler jämfört med privata vårdcentraler. Eventuella konsekvenser av detta går inte att dra några slutsatser om i denna studie.

En svaghet men också ett medvetet val var att endast inkludera läkare som arbetat länge som specialister. Det är möjligt att yngre läkare som från början blivit upplärda i nuvarande system har svårare att använda sin professionella autonomi och gå emot systemets krav, men det skulle behöva undersökas närmare.

När man sätter på sig ett par glasögon och utgår från en teori, som i detta fall Bornemarks resonemang kring ratio och intellectus, finns alltid risken att det arbete man gör färgas av detta. Källorna till bakgrunden kan väljas selektivt, intervjufrågorna kan omedvetet vinklas för att bekräfta teorin och även tolkningen av resultatet kan påverkas. Som Alvesson och Skoldberg skriver om

samhällsvetenskaplig forskning i *Tolkning och reflektion* är det sätt på vilket vi tolkar företeelser dock alltid perspektivistiskt och "fakta" är alltid teoriladdade (44).

Att själv arbeta som läkare inom det område som undersöks kan ha både fördelar och nackdelar. Flera av de studier som gjorts kring exempelvis arbetsmiljön för läkare har gjorts av forskare som inte är läkare. Det kan medföra att man missuppfattar saker eller beskrivningar av arbetet inom ett så komplext system som sjukvården, och där kan man ha en fördel om man själv arbetar som läkare. Å andra sidan kan man om man själv är läkare ha förutfattade meningar och vara färgad av den egna upplevelsen av arbetet.

Området som skulle undersökas för att uppfylla studiens syfte var väldigt omfattande. Arbetet har blivit mycket större än vad som från början var tänkt att hinnas med på de avsatta 10 veckorna. Det har gjort att det kanske har varit svårt att kunna göra tillräckligt djupa analyser av de olika subkategorierna, och även att möjligheten att relatera till tidigare forskning genom fördjupade litteraturstudier under arbetets gång har varit något begränsad.

Förslag till uppföljande studier:

Det vore av intresse att det i framtiden görs studier där varje subkategori som framkommit i denna studie undersöks för att se om man kan hitta andra vinklar och fördjupa kunskapen inom dessa områden.

Dessutom vore det givande att använda andra studiepopulationer med andra erfarenheter och jämföra erfarenheterna som dessa har med de som deltog i denna studie. Exempel på andra studiepopulationer skulle kunna vara nyfärdiga specialister i allmänmedicin eller allmänläkare som har erfarenhet från sitt yrke i andra länder och kan göra jämförelser med hur det är att arbeta i Sverige.

5 Slutsats

Det framkom i denna studie att det i allmänläkarens arbete pågår en ständig balansgång mellan att använda ratio och intellectus i det praktiska kliniska arbetet. Läkarna i denna studie bekräftade att detaljstyrningen av allmänläkares arbete ökat till följd av samhällsutvecklingen, IT-utvecklingen och det evidensbaserade paradigmet. Därmed har jämvikten mellan motpolerna ratio och intellectus de senaste decennierna på sätt och vis förskjutits till ratios fördel. Läkarna uppvisade samtidigt en stark yrkesmässig integritet genom att de inte kompromissade med sin professionella autonomi och kunde på så vis behålla en sund balans mellan ratio och intellectus. Den professionella autonomin framhöll de som central för att kunna utveckla och behålla förmågan att använda intellectus i sitt yrke. Att använda intellectus färdigheter beskrev de som helt nödvändiga för att kunna utföra ett bra arbete. Enbart ratios på förhand uppgjorda beslutsstöd räcker inte till för att fatta beslut i den komplexa mångfacetterade värld som patienterna befinner sig i, utan intellectus förmåga till intuition, prioriteringar och komplexa bedömningar behövs i lika stor utsträckning. På samma sätt behövs intellectus för att kunna bygga upp den viktiga

relationen med patienten samt inte minst för att behålla arbetsglädjen och viljan att arbeta som allmänläkare. Detta är något som inte bör försummas under fortsatt arbete med styrning av primärvården. För att vidga kunskapen på området vore det värdefullt med fler studier som undersöker konsekvenserna för allmänläkare av en ändrad styrning av primärvården. Det borde vara självklart att en förändrad styrning bottnar i en vetenskap som har undersökt detta.

“Men jag är stolt för att vara barfotadoktor. Så jag har, det är min praktik som gäller. Och jag brukar ju tänka på det med alla jävla misslyckanden man har, med alla kompromisser man gör. Om någon skulle vilja komma och göra en riktig revision, de skulle hitta otroligt mycket fel och de skulle kunna, vi skulle kunna hålla på resten av mitt yrkesliv och gå igenom och argumentera varför skrev du det här och varför gjorde du så, varför gjorde du inte så och så vidare och så vidare. Jag tror, de får svårt att leta upp mer än några enstaka fall där det har spelat någon avgörande negativ roll.” - Läkare 1

6 Källförteckning

1. Jansson B, Nitz L, Wedin M. Våra yrken har kidnappats av ekonomernas modeller. Dagens Nyheter [Internet]. 201306234; Tillgänglig vid: <https://www.dn.se/debatt/vara-yrken-har-kidnappats-av-ekonomernas-modeller/>
2. 1 100 allmänläkare bakom Norrbottensupprop. Läkartidningen [Internet]. 22 mars 2012 [citerad 12 januari 2021]; Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/2012/03/1-100-allmanlakare-bakom-norrbottensupprop/>
3. Bertholds E. Starkt fokus på att följa direktiv kan slå tillbaka. Sven Dagbladet [Internet]. 05 december 2020 [citerad 12 januari 2021]; Tillgänglig vid: <https://www.svd.se/starkt-fokus-pa-att-folja-direktiv-kan-sla-tillbaka>
4. Bornemark J. Det omätbaras renässans: en uppgörelse med pedanternas världsherravälde. 2018.
5. Primärvården i Europa En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse [Internet]. Stockholm: Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2017 dec [citerad 12 januari 2021]. Report No.: PM 2017:4. Tillgänglig vid: <file:///Users/famlundegard/Downloads/PM-2017-4-Prim%C3%A4rv%C3%A5rden-i-europa.pdf>
6. Johansson G, Sanches Bengtsson S, Jacobaeus A, Burström B, Taloyan M, Andersson E. Arbetsmiljön i primärvården – intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Stockholm: Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm; 2019.
7. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. BMC Fam Pract. december 2003;4(1):6.
8. Müller-Riemenschneider F. Barriers to Routine Risk-Score Use for Healthy Primary Care Patients: Survey and Qualitative Study. Arch Intern Med. 26 april 2010;170(8):719.
9. Pettersson P, Bilanovic A. Målbaserad ersättning inom primärvården: En studie av anställdas upplevelser [Magisteruppsats i Företagsekonomi (D-uppsats)]. [Linköping]; 2013.
10. Sverige, Socialstyrelsen. Läkarnas specialiseringstjänstgöring: föreskrifter och allmänna råd ; målbeskrivningar 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
11. Brante T, Johnsson E, Olofsson G, Svensson L. Professionerna i kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner. Första upplagan. Stockholm: Liber; 2015. 342 s.
12. Forssell A, Ivarsson Westerberg A. Administrationssamhället. Lund: Studentlitteratur; 2014.
13. NULÄGESRAPPORT VÅREN 2015 SATSNINGEN PÅ NATIONELLA KVALITETSREGISTER [Internet]. Stockholm: NATIONELLA KVALITETSREGISTER; Tillgänglig vid: <https://kvalitetsregister.se/download/18.208f26d6152bccdb86d73677/1455963126410/Nulagesrapport-Nationella-Kvalitetsregister-2015.pdf>

14. NULÄGESRAPPORT 2020 NATIONELLA KVALITETSREGISTER [Internet]. Stockholm: NATIONELLA KVALITETSREGISTER; Tillgänglig vid: https://kvalitetsregister.se/download/18.358c3817172f36974fd71384/1593532603603/Nulagesrapport_2020_final.pdf
15. Sweden, Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvård. Effektiv vård: slutbetänkande. 2016.
16. SBU Publikationer & Tema [Internet]. SBU Publikationer och tema. 2021 [citerad 13 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/>
17. Nationella riktlinjer [Internet]. Socialstyrelsen. [citerad 13 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>
18. Läkemedelsverket Sök behandlings-rekommendationer [Internet]. 2021 [citerad 13 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer?c1=6887>
19. Standardiserade vårdförlopp Förkortade versioner för primärvården [Internet]. Regionala cancercentrum; 2020 [citerad 13 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/vardforlopp/kortversioner/pdf/kortversion-svf-standardiserat-vardforlopp-sammanslagen.pdf>
20. Påbörjade vårdförlopp - Kunskapsstyrning [Internet]. 2021 [citerad 13 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstod/personcentreradesammanhallnavardforlopp/paborjadevardforlopp.837.html>
21. Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Kunskapsstyrning [Internet]. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. 2021 [citerad 13 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstod/nationelltklinisktkunskapsstod.1260.html>
22. Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning [Internet]. SKR; 2017 [citerad 09 februari 2021]. Tillgänglig vid: <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.2ee7eb0171ac15bcfc38351/1588592864121/Rekommendation-om-etablering-av-sammanhallen-struktur-for-kunskapsstyrning.pdf>
23. Om Viss [Internet]. Viss.nu. 2021 [citerad 13 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://viss.nu/administrativt-stod/blanketter-och-lankar>
24. Heyman S. Vårdpersonal drunknar i rutiner [Internet]. Dagens Medicin. 2019 [citerad 22 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/omvardnad/vardpersonal-drunknar-i-rutiner/>
25. Allen D, Harkins K. Too much guidance? The Lancet. maj 2005;365(9473):1768.
26. Westin J. Fler styr och räknar – färre vårdar patienter. Vårdfokus [Internet]. 21 maj 2018 [citerad 14

- januari 2021]; Tillgänglig vid: <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/sjukskoterska/fler-styr-och-raknar-farre-vardar-patienter/>
27. En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum [Internet]. Stockholm: Svenska Läkaresällskapetets arbetsgrupp En Värdefull Vård; 2015 maj [citerad 14 januari 2021]. Tillgänglig vid: <https://www.sls.se/contentassets/9ae913327d5742e6bb01b663f56b05fd/evv20remiss20huvuddokument202201506261.pdf>
 28. Ek E, Göteborgs universitet, Förvaltningshögskolan. De granskade: om hur offentliga verksamheter görs granskningsbara. [Göteborg]: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet; 2012.
 29. Miles A. On a Medicine of the Whole Person: away from scientific reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. *J Eval Clin Pract.* december 2009;15(6):941–9.
 30. Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson RÅ. Bortom New Public Management: institutionell transformation i svensk sjukvård. Lund: Academia adacta; 2008.
 31. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 13 januari 1996;312(7023):71–2.
 32. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, for the Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ.* 13 juni 2014;348(jun13 4):g3725–g3725.
 33. Greenhalgh T. Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ.* 30 januari 1999;318(7179):323–5.
 34. Born K, Kool T, Levinson W. Reducing overuse in healthcare: advancing Choosing Wisely. *BMJ.* 05 november 2019;l6317.
 35. Överdiagnostik och annan överanvändning av medicinska metoder [Internet]. SFAM; [citerad 08 mars 2021]. Tillgänglig vid: <http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/5ab506247cb57e0500114d40/Policydokument%20%C3%B6verdiagnostik%20och%20%C3%B6verbehandling%20%C3%B6versatt%20fr%C3%A5n%20NFGP%20av%20SFAM%20januari%202018.pdf>
 36. Asplund A, Starck C, Bratt E, Poulimeneas P, Turkalj Pavlakovic S. LÄKARES ARBETSMILJÖ INOM SLSO. Arbetsmiljögruppen SLSOs läkarförening;
 37. Bejerot E, Aronsson G, Hasselbladh H, Bejerot S. Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. *Läkartidningen.* 2011(108 (50)):2652–6.
 38. Ström M. Sjukskrivningarna bland unga kvinnliga läkare ökar. *Läkartidningen* [Internet]. 24 februari 2017 [citerad 21 januari 2021];9–10/201. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/02/Sjukskrivningarna-bland-unga-kvinnliga-lakare-okar/>

39. Aronsson G, Bejrot E, Härenstam A. Onödiga och oskäligen arbetsuppgifter bland läkare. Läkartidningen [Internet]. 26 november 2012 [citerad 21 januari 2021];48/2012. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2012/11/onodiga-och-oskaliga-arbetsuppgifter-bland-lakare/>
40. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder [Internet]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020 mar [citerad 21 januari 2021]. Report No.: Rapport 2020:5. Tillgänglig vid: <file:///Users/famlundegard/Downloads/Rapport-2020-5-V%C3%A5rden-ur-prim%C3%A4rv%C3%A5rdsl%C3%A4karnas-perspektiv-2019.pdf>
41. Forsberg E, Wallin E. Skolans kontrollregim - ett kontraproduktivt system för styrning?: en antologi. Stockholm: HLS förlag; 2006.
42. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. BMJ. 10 november 2001;323(7321):1100–1100.
43. Hasegawa H, Reilly D, Mercer SW, Bicker AP. Holism in primary care: the views of Scotland's general practitioners. Prim Health Care Res Dev. 01 oktober 2005;6(4):320–8.
44. Alvesson M, Skoldberg K. Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. 2017.
45. Bryman A, Nilsson B. Samhällsvetenskapliga metoder. Malmö: Liber; 2011.
46. Anskär E, Lindberg M, Falk M, Andersson A. Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings. BMC Health Serv Res. december 2018;18(1):166.
47. Payne VL, Hysong SJ. Model depicting aspects of audit and feedback that impact physicians' acceptance of clinical performance feedback. BMC Health Serv Res. december 2016;16(1):260.
48. Calderón C, Sola I, Rotaecche R, Marzo-Castillejo M, Louro-González A, Carrillo R, m.fl. EBM in primary care: a qualitative multicenter study in Spain. BMC Fam Pract. december 2011;12(1):84.
49. Många primärvårdsläkare sjukskriver sig. Läkartidningen. 24 april 2017;2017;114.

7 Bilaga Intervjuguide:

Om arbetet och arbetsautonomi, utveckling över tid:

Berätta lite om hur länge du har arbetat som allmänläkare och vad som gjorde att du valde denna specialitet?

Upplever du att autonomin i arbetet som läkare idag skiljer sig mot i början av din karriär och i så fall på vilket sätt? Då menar jag inte autonomin som man utvecklar av att få en egen medicinsk erfarenhet utan snarare tilliten till läkare från andra aktörer såsom samhället, arbetsgivaren och patienterna.

Om riktlinjer och vårdprogram (evidensbaserad medicin och scientism):

Vad tänker du om en utveckling av sjukvården där allt mer av det som görs är styrt utifrån evidensbaserade riktlinjer och vårdprogram? Vad finns det för fördelar och eventuella nackdelar med detta? För patienten? För allmänläkaren?

Som kontrast till detta, hur ser du på att använda intuition och professionell erfarenhet i arbetet som allmänläkare? Fördelar och nackdelar för patient och läkare?

Finns det några andra aspekter i arbetet som allmänläkare som går förlorade under det rådande evidensbaserade paradigmet ur patientens och läkarens perspektiv?

I vilken mån tror du att allmänläkare i framtiden kan ersättas av dataprogram som utifrån den data som patienten matar in fattar beslut om lämplig åtgärd utan att blanda in någon mänsklig läkare på vägen? Vad ser du för eventuella fördelar och nackdelar med detta?

Upplever du att arbetet som allmänläkare blivit svårare eller lättare i takt med att den medicinska utvecklingen gått framåt? Hur då?

Upplever du att arbetet som allmänläkare blivit lättare eller svårare i takt med att det kommer allt mer detaljerade riktlinjer för olika tillstånd? På vilket sätt?

Upplever du att arbetet som just allmänläkare skiljer sig från andra medicinska specialiteter vad gäller värdet av att använda sig av intuition och professionell erfarenhet i motsats till strikta riktlinjer vid ett patientbesök. Hur då i så fall?

Vad anser du om nationellt kliniskt kunskapsstöd och de 22 personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för bland annat långvarig smärta, demens och astma/KOL som SKR håller på att ta fram?

Samhällsutveckling och granskningssamhället:

Tror du att det finns någon skillnad i hur man uppfattar sin egen professionella autonomi och rätt att göra avsteg från riktlinjer mellan nyutbildade allmänläkare och allmänläkare med lång erfarenhet? Hur yttrar det sig?

Upplever du att man som allmänläkare idag jämfört med tidigare behöver ta större eller mindre hänsyn till andra intressen än patientens i sitt arbete? Ekonomiska eller politiska exempelvis. Vilka intressen då och varför?

IT-utvecklingen:

Hur har IT-utvecklingen som varit under din karriär påverkat ditt arbete som allmänläkare?

Hur har ditt arbete med patientjournalen ändrats under ditt yrkesliv, vilka är orsaken till förändringen och vad är konsekvenserna?

Exempel från vardagen:

Kan du ge något eller några exempel på när du gör avsteg från olika riktlinjer och vårdprogram? Varför? Berätta med exempel.

Finns det några andra exempel på saker som du låter bli att göra i ditt arbete som du förväntas göra? Varför?

Kan du ge något eller några exempel på när du följer riktlinjer och vårdprogram fast du egentligen skulle handlat på något annat sätt om du fått välja själv? Varför gjorde du som du gjorde och hur kändes det?

Kan du ge exempel på arbetsuppgifter som du gör i ditt arbete idag som du inte gjorde i början av din karriär. Både arbetsuppgifter som du tycker höjer kvaliteten på ditt arbete och arbetsuppgifter som du tycker sänker kvaliteten på arbetet. Hur påverkar det dig?

Kan du ge exempel på arbetsuppgifter som du gjorde i början av din karriär som du inte gör i ditt arbete idag? Har det gjort ditt arbete bättre eller sämre? Vad tycker du om det

Om du har en patient som kommer på ett besök för högt blodtryck, hur gör du då? Hur skiljer det sig från riktlinjerna?

Är det något mer som du skulle vilja lyfta i det här sammanhanget?