



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats 2006

ST-läkares identitetsarbete

- En studie av läkare under specialiseringstjänstgöring

Nils Hintze

Handledare: Robert Holmberg

Examinator: Ingegerd Carlsson

SAMMANFATTNING

Undersökningen behandlar utifrån 13 intervjuer och en enkät ST-läkares identitetsberättelser som främst förhåller sig till de centrala fenomenen arbete och arbetsbelastning. ST-läkarnas syn på sitt arbete kategoriseras som process- eller resultatnriktat och beskrivningen av hanterandet av belastning kategoriseras som anpassning till belastning eller påverkan av belastningen. ST-läkarna beskriver en strävan efter att finna jämvikt mellan arbete och privatliv och att hitta en egen professionell identitet. Olika grupper knyts till vissa egenskaper och ST-läkarna beskriver sig själva som annorlunda än äldre läkare då ST-läkarna liksom sjukvården i stort betonar empati och ett privat engagemang i professionen medan äldre läkare sägs betona ett professionellt engagemang. ST-läkares identitetsarbete tycks kunna påverka bemötandet av patienter och förhållningssätt till arbete.

Nyckelord: Professionell identitet, identitetsarbete, läkare, ST-läkare, postmodernitet, coping

ABSTRACT

The results from 13 interviews and one opinion poll answered by resident physicians were interpreted as stories about identity as primary material for this thesis. The resident physicians stress the importance of considering whether their work primarily concerns curing people from diseases or if the process of working with sick people also includes how to handle the pressure of work, either by adapting to it or changing it, and the search for balance between work and private life. Residents separate themselves from older physicians by saying that younger physicians accentuate empathy to a greater extent while older physicians emphasise a high work load. Identity seems to effect how the residents perceive and relate to their work, themselves as residents and different types of patients.

FÖRORD

Arbetet med uppsatsen har många gånger varit frustrerande, ensamt och svårt. I andra stunder har det varit spännande, lärorikt och otroligt intressant. Det är med stor glädje jag skriver dessa sista rader. Tack till alla ST-läkare som möjliggjort undersökningen! Tack till Göran Stenlund och Robert Holmberg för allt ert arbete och engagemang!

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
ABSTRACT	3
FÖRORD.....	4
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	5
ST-LÄKARES IDENTITETSARBETE	7
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING.....	9
TEORI.....	9
ST-LÄKARE.....	9
<i>Läkaridentitet och sjukvård i ett postmodernt samhälle</i>	11
<i>ST-läkare, hälsa och ohälsa</i>	13
<i>Läkare och kön</i>	15
YRKESIDENTITET	19
<i>Identitetsarbete i yrkeslivet- ”kampen om jag”</i>	20
<i>Legitimt perifert deltagande</i>	21
<i>Livshistorier som professionell identitet</i>	23
<i>Möjliga själv</i>	24
SAMMANFATTNING AV TEORI.....	24
METOD.....	25
TOLKNINGSGRUND	27
ANSPRÅK.....	28
VALIDITET OCH INTERSUBJEKTIVITET	31
SAMMANFATTNING AV METOD	32
RESULTAT	32
ANALYS AV INTERVJUERNA	32
VAD ÄR CENTRALT I ARBETET?	33
<i>Den resultatnriktade läkaren</i>	33
<i>Den processnriktade läkaren</i>	34
<i>Processer, resultat och olika läkare</i>	37
ATT FÖRHÅLLA SIG TILL ETT KRÄVANDE ARBETE.....	39
<i>Inåtriktad anpassning: att anpassa sig själv efter belastningen</i>	39

<i>Utåtriktad anpassning: att påverka belastningen</i>	41
<i>Belastning och olika grupper av läkare</i>	43
FÖLJDER AV FÖRHÅLLNINGSSÄTT: EXEMPLEN ANNA OCH PELLE	46
<i>Anna</i>	46
<i>Pelle</i>	48
<i>Intuition, empati och äldre läkare</i>	50
REDOVISNING AV ENKÄTEN	51
<i>Sammanfattning av enkätsvaren</i>	55
JÄMFÖRELSE AV ENKÄT- OCH INTERVJUSVAR	55
SAMMANFATTNING AV RESULTAT	57
DISKUSSION	58
ATT VARA LÄKARE	59
ATT ORKA	65
ATT HITTA BALANS	70
SAMMANFATTNING AV DISKUSSION.....	72
GENERALISERING OCH VIDARE FORSKNING	73
REFERENSER.....	74
BILAGA A	78
BILAGA B	80
BILAGA C	81
BILAGA D.....	85

ST-LÄKARES IDENTITETSARBETE

Detta är en undersökning av yrkesidentitet och identitetsarbete hos läkare under specialiseringstjänstgöring (ST-läkare). Boken "Etikett och god ton" från 1932 beskriver hur mötet med läkaren går till:

Men det kan också hända, att ni ej alls blir anmäld utan att ni, när ni kommer till konsultationsrummet, vid vars dörr läkaren står med handen utsträckt för att taga emot er, får presentera er. Men sedan ni sagt ert namn, behöver ni ej mer bekymra er om, vad ni skall säga, ty det är läkaren, som sköter hela konversationen, ni har endast att svara. Skall ni ej mer återkomma, ber ni så snart konsultationen är slut att få betala: "Hur mycket är jag skyldig doktorn?" (Husmoderns bibliotek, 1932, s. 223).

Läkaryrket har sedan länge varit en av de mest centrala professionerna i vår kultur. Själva arbetet och professionens plats i samhället har dock inte varit detsamma i alla tider. Den moderna läkaridentiteten utvecklades på sexton- och sjuttonhundratalet i motstånd mot den praktiskt orienterade folkmedicinen. En tydlig läkarkultur formades med grunder i naturvetenskap, professionalitet och ett hierarkiskt system (Svensson, 1993). En manlig läkare skriver i en enkätundersökning om könsmedvetenhet "I am solely a professional – neutral and genderless" (Risberg, Johansson, Westman & Hamberg, 2003, s. 4). Man kan anta att läkarkulturen fortfarande har sina rötter i den tid då den skapades.

Dagens samhälle skiljer sig från det samhälle där läkarkulturen växte fram. Vi har idag mer vaga hierarkiska skillnader. Människors identitet bygger inte längre i lika hög utsträckning på arbete och social klass. Snarare betonas individualitet och en personlig strävan efter att få ta del av allt som livet kan erbjuda i form av familj, resor, hobbies och ett intressant arbete (Jørgensen, 2004). Sjukvården har också förändrats. Den inom sjukvården tidigare rådande naturvetenskapliga synen på människan har sedan femtiotalet fått ge vika för en mer humanistisk syn där även sociala faktorer påverkar sjukdomsbilden. Läkare ska numera ta hänsyn även till patientens och anhörigas åsikter (Svensson 1993). Redan 1995 beskrev Tollgerdt-Andersson att patienter ställer betydligt högre krav på sjukvården än tidigare och patienter har också en större möjlighet att själva informera sig om sjukdomar och behandling genom bland annat internet (Tollgerdt-Andersson,1995). Sjukvårdens klara

hierarkier har förändrats, vilket bland annat visar sig i att andra yrkesgrupper än läkare sedan 1997 får ha ledande chefsbefattningar inom sjukvården i Sverige (Andåker, 2003). Den svenska sjukvården har under en längre tid fått allt sämre ekonomi samtidigt som antalet patienter ökat liksom kraven på hög kvalitet på behandlingar. Läkare har trots detta fortfarande en särställning i samhället som yrkes- och privatperson. Läkaryrket är eftersträvansvärt och läkare får ofta fungera som experter i det mediala rummet. (Tollgerdt-Andersson, 1995). Sjukvårdens förändring behöver inte betyda att läkarkulturen i sig också har förändrats. Kanske är det bara omgivningen runt läkare som har ändrats?

ST-läkare är intressanta att studera i förhållande till en förändrad samhällsbild, en förändrad sjukvård och en annorlunda syn på identitet eftersom ST-läkare i regel är unga läkare som växt upp i dagens samhälle men som ändå inte är studenter eller nykomlingar i vården. ST-läkare är etablerade läkare inom sitt område. De har till skillnad från AT-läkare en fast arbetsplats där de ses som kollegor av andra yrkesgrupper och har därigenom en möjlighet att skapa en relativt stabil position på arbetsplatsen. Det är dyrt att utbilda ST-läkare och de är viktiga resurser på sina arbetsplatser som arbetskraft och för framtida utveckling. Internationell forskning antyder att unga läkare mår allt sämre. En sammanställning av artiklar baserade på studier mellan 1983 och 2004 visar att utbrändhet är vanligt bland unga läkare (Thomas, 2004).

Uppsatsen baserar sig på undersökningar gjorda för en utvärdering utförd för ett sjukhus med 2500 anställda, 412 vårdplatser och cirka sextio ST-läkare, i en mellanstor svensk stad. Utvärderingen gällde ett försök med grupphandledning för ST-läkare med syfte att minska utbrändhet, stress och sjukskrivning bland ST-läkare. Undersökningen gjordes med intervjuer och en enkätundersökning.

Materialet i denna undersökning om ST-läkare har studerats utifrån ett identitetsperspektiv vilket skapar en bild av hur ST-läkarna ser sig själva och sin omvärld, vilket kan antas påverka ST-läkarnas uppträdande. Undersökningen säger inget om ST-läkarnas faktiska agerande. Värderingar eller beskrivningar som ST-läkarna gör ska förstås som information om den egna ST-läkarens identitet. Även uttalanden om andra läkare och personal ska ses som information om den ST-läkare som gör dessa uttalanden.

Läkarprofessionen kan studeras ur många olika perspektiv och materialet i denna undersökning skulle kunna förstås ur till exempel ett organisatoriskt-, ett genus, ett ledarskaps- ett hälso-, ett etniskt- eller ett åldersperspektiv men föreliggande undersökning är

gjord ur ett identitetsperspektiv. I teroidelen finns ett avsnitt som heter Läkare och kön där genusforskning om läkare behandlas. Detta finns med eftersom genus ofta används inom sociologisk forskning om läkarprofessionen. Då ett fenomen är svårt att närma sig ur två eller flera olika forskningsansatser med skilda metodologiska teorier och antaganden har genusperspektivet och övriga perspektiv valts bort till förmån för identitetsperspektivet. Diskussionen om ST-läkarnas identitetsarbete kommer dock att delvis beröra genus och kön.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna undersökning är att analysera och diskutera ST-läkares berättelser om sig själva och sin yrkessituation, och tolka dessa berättelser som berättelser om yrkesidentitet. Den övergripande frågeställningen är: **hur beskriver ST-läkare sin yrkesidentitet?**

TEORI

ST-LÄKARE

Förkortningen ST i ST-läkare står för specialiseringstjänstgöring. Specialiseringstjänstgöring är både en tjänst och en utbildning som regleras ytterst av Socialstyrelsen. ST-utbildningen har funnits i sin nuvarande form sedan ST-reformen 1991 (Egidius, Egidius & Erwander, 2002). En ST-läkare har gjort klart en fem- och ett- halvårig grundutbildning och en tvåårig allmäntjänstgöring (AT). Allmäntjänstgöringen syftar till att komplettera grundutbildningen med praktiska erfarenheter från olika specialiseringar inom yrket. Under denna tid tjänstgör AT-läkaren på många olika arbetsplatser. Allmäntjänstgöringen avslutas med ett prov och om läkaren klarar detta ansöker hon om läkarlegitimation. Med legitimationen blir läkaren underläkare. De flesta underläkare väljer att göra specialiseringstjänstgöring. Underläkaren väljer då ett område att specialisera sig inom. Det finns idag 62 olika områden, till exempel kirurgi, internmedicin, infektion och onkologi (Sveriges läkarförbund, 2005).

För att ST-utbildningen ska anses avslutad krävs motsvarande fem år heltidstjänst och uppnådd kunskapsnivå motsvarande vad som anges i utbildningsboken för den aktuella specialiseringen. Utbildningsböckerna är skrivna av Svenska Läkarsällskapet och Sveriges

Läkarförbund och de föreskriver hur utbildningen ska planeras. De anger bland annat vilka diagnoser läkaren ska behärska, vilka diagnoser hon ska ha sett och vilka hon ska ha kunskap om för att erhålla specialistbevis. ST-läkaren är själv ansvarig för sin utbildning och planerar den i samråd med sin handledare. Detta kan innebära att till exempel avgöra vilka andra kliniker förutom den egna som ST-läkaren bör arbeta på för att bredda sin kunskap. Handledaren ska också vara ett stöd för ST-läkaren, hjälpa ST-läkaren att socialiseras in i läkarrollen och företräda ST-läkaren i diverse formella sammanhang. Handledaren ska enligt socialstyrelsen vara en erfaren specialist. Verksamhetschefer inom sjukvården är ansvariga för ST-utbildningen inom sitt verksamhetsområde. De skall se till att ST-läkarna får tid att träffa sina handledare samt att tid och resurser avsätts för utbildning och tjänstgöring på andra kliniker eller sjukhus om så erfordras. Verksamhetschefen utfärdar intyg om godkänd specialiseringstjänstgöring (Egidius et al., 2002).

Förutom den specialiseringspecifika kunskapen ska varje specialist träna sin förmåga att fatta självständiga och välgrundade beslut som rör etik och medicin, lära sig hantera ledarrollen som läkare och träna sin pedagogiska förmåga genom att undervisa och handleda läkare och andra professioner. ST-utbildningen grundar sig i självstyrkt lärande under tjänstgöring. Läkaren ska känna delaktighet i och ansvar för verksamheten och samla kunskap genom uppgiftsbaserat lärande och på detta sätt förändras från novis till expert. Utbildningen bygger på "learning by doing" och genom deltagande och praktik ska yrkeskunskap och identitet byggas upp. I detta ingår att skapa sig en intuitiv känsla som vägledning i beslut och bedömning (Egidius et al., 2002). Det blir allt vanligare att svenska sjukhus kompletterar ST-utbildningen med program för att stärka ST-läkarnas yrkesroll. På Lunds Universitetssjukhus drivs exempelvis projektet Styrkelyftet med syfte att stödja ST-läkare i ledarrollen (Thorson & Vestlund, 2004)

Ett exempel på aktuell tematik i diskussionen om läkarprofessionens och läkares yrkesutövande är begreppet empati. Psykologen och psykoterapeuten Ulla Holm har studerat yrkesverksamma läkares förmåga till empati. Hon skriver i sin bok "Det räcker inte att vara snäll" (1995), att man inom sjukvården de senaste åren börjat rikta fokus mot professionellas förmåga att stödja, förstå och informera patienter. Detta visar sig bland annat i att vissa läkarutbildningar i Sverige tillämpar intervjuer i antagningsprocessen för att bedöma personlig lämplighet (Holm, 1995). Empati innebär att känslomässigt förstå vad en annan människa känner och att kunna ge uttryck för detta. Detta innebär en neutral inställning där

den empatiska partens värdering av den andres känsla inte inräknas (Holm, 1985). Empati kan vara både intuitivt och spontan samt aktivt användas som en kognitiv färdighet för att samla ”social information” (Karniol & Shomroni, 1999). Davis (1996) menar att empati inte kan ses som en enda förmåga utan måste delas upp delförmågor. Holm (1987) kallar dessa förmågor för *förutsättningar, processer, intrapersonella effekter* samt *interpersonella effekter*. Davis menar att förutsättningen för att empati ska uppstå eller uppnås beror både på situationen och på de inblandade personerna. Människor har olika stor empatisk förmåga men denna förmåga påverkas av vem som ska förstås, vad som ska förstås och i vilken situation detta ska förstås. Genom kognitiva och affektiva processer förstår den ena individen den andres känslor. Detta leder till intrapersonella effekter då individen upplever eller uppfattar den andres känsla. Slutligen kommuniceras förståelsen genom interpersonella effekter (1996). Holm (1987) menar att empati är en förmåga som kan tränas och förbättras, bland annat genom att övervinna hinder för empati. Holm nämner fyra typer av hinder: brister i den egna tidiga utvecklingen och anknytningen, omedvetna konflikter, ovana vid introspektion samt bristande motivation. Holm presenterar även en modell för att utbilda till ökad empatisk förmåga. Denna utbildning syftar till att öka individens medvetenhet om sig själv och om den hjälpsökandes signaler samt att hantera hinder för empati.

Läkaridentitet och sjukvård i ett postmodernt samhälle

Läkarutbildning bygger på naturvetenskaplig grund och det är det sjuka organet eller kroppsdelen som står i centrum (Svensson, 1993). Donald Schön (1983) beskriver hur läkarprofessionen liksom andra professioner ofta hänvisar till en form av teknisk rationalitet där praktiken antas bygga på tillämpningen av vetenskaplig kunskap om olika kausala samband. Samtidigt framkommer att läkares praktiska erfarenheter i vissa fall handlar mycket om förståelse, stöd och tröst (Mägi, 2001). I den utsträckning det finns systematiska diskrepanser mellan en naturvetenskapligt orienterad utbildning och en praktik som ställer krav på mer humanistiskt och socialt orienterade färdigheter kan detta innebära svårigheter i mötet med patienter och svårigheter att skapa en enhetlig yrkesidentitet.

Sociologen Zygmunt Bauman (1997) beskriver ett skifte från ett modernt till ett postmodernt samhälle. Det moderna samhället beskrivs som ett tryggare samhälle med en tro på säkra sanningar grundade på fastställd vetenskap. Svensson (1993) beskriver det moderna samhället som karaktäriserat av ordning och förutsägbarhet. Läkaren skiljer friskt från sjukt

och rätt från fel. Detta samhälle handlar om att bygga upp fungerande samhällssystem där man gör världen allt bättre för varje ny ”pusselbit” som hamnar på rätt plats. Läkaren behandlas som en auktoritet bland andra auktoriteter. Freud skriver i ”Vi vantrivs i kulturen” (1969/ 1995) att människan drabbas av leda i det moderna samhället eftersom den trygghet som finns bygger på avsaknad av frihet. Människans identitet var i det moderna samhället, enligt Bauman, kopplad till arbete och position i samhället och samma identitet ”användes” i alla sammanhang. Individens skiftade med andra ord inte identitet beroende på vilken situation hon befann sig i (1997). Läkaren i det moderna samhället var i regel en man från överklassen som hade en tydlig professionell identitet, en välorganiserad och efterfrågad profession och en unik ställning i samhället (Svensson, 1993).

Det postmoderna samhället beskrivs på många plan som en motsats till det moderna samhället. Socialstyrelsens rekommendationer om hälsosam mängd dagligt intag av grovt bröd har ersatts med snabba tv-reklamklipp om konsumtionsmöjligheter och livsstilsalternativ. Människan är inte längre trygg och ofri. Människan är fri och otrygg (Bauman, 1997). Denna frihet liknar Bauman med vår tids ”de vises sten”. Den individuella friheten är alltings måttstock och alltings lösning (1997). Enligt Jørgensen (2004) har många av de auktoriteter som tidigare fanns övergivits: kyrkan, staten, äldre människor och den objektivt sanna vetenskapen. Dagens människa oroar sig understödda av kvällspressens löpsedlar över sjukdomar och katastrofer. Kunskapsnivån bland allmänheten angående vetenskap, medicin och sjukdomar är hög. Postmoderna människor vet med andra ord vad det finns att oro sig för men förlitar sig inte på att någon ska hjälpa och skydda dem. Den postmoderna världen förändras ständigt och eftersom det är en nackdel att ha en bestående identitet i en föränderlig värld lever den postmoderna människan i en ständig identitetsomvandling. Identiteter tecknas ovanpå varandra, som ”snapshots” och glöms bort lika fort som de uppkommer. Arbete är inte längre identitetsbärande utan enbart en inkomstkälla och daglig aktivitet (Bauman, 1997).

Sjukvård innebär inte längre enbart att skilja frisk från sjuk och omvandla sjuk till frisk. Det sociala perspektivet har plockats in i vården och sjukvårdspersonalen förväntas se ”hela människan” och ta hänsyn till både patienten och anhöriga (Svensson, 1993). Läkaren ska inte, i dagens samhälle, enbart förmedla slutsatser, kunskap och beslut, utan även förhandla och lyssna på patientens åsikter och känslor (Svensson, 1993). Enligt Svensson ser dagens patienter inte läkare som auktoriteter med förmåga att ”hela”. Genom Internet och andra

medier har förmågan att själv söka information om sjukdomar ökat dramatiskt och i samband med detta har läkarvetenskapen börjat ifrågasättas av patienter och anhöriga (Svensson, 1993).

Sjukvårdens betydelse för samhället ökar allt eftersom fler människor söker sig till den. Detta ger sjukvården makt i samhället. Samtidigt utmanas läkarprofessionens makt på många plan inom sjukvården. Förr var många läkare egenföretagare och styrde över sitt eget arbete. Idag är de flesta läkare lönearbetande och anställda och styrs i sitt arbete av organisation och chefer. Datoriseringen har övertagit mycket av diagnostiseringsarbetet. Psykologer har sedan sextioalet konkurrerat med läkare på flera kunskapsområden, framför allt inom psykiatri. Sjuksköterskor gör idag det mesta av det faktiska arbetet med patienter medan läkare fungerar som konsulter. Även ovanifrån hotas läkares makt. Det är inte längre självklart att cheferna på sjukhuset är läkare. Stat och landsting får mer makt över sjukvården. Även medier hotar läkares makt i form av kritiska reportage (Svensson, 1997). Freidson (1989) hävdar dock att läkarprofessionens makt kvarstår. De kontrollinstanser som finns för läkare styrs av läkare, liksom mycket av sjukvårdens byråkrati. Läkarnas arbete är fortfarande till stor del självstyrkt och inte mekaniserat.

ST-läkare, hälsa och ohälsa

Thomas (2004) genomgång av internationella studier rörande ST-läkare och utbrändhet identifierade femton artiklar som behandlade utbrändhet bland unga läkare. Dessa studier visade att ST-läkare upplever hög stress och utbrändhet men att det inte från de undersökningar som gjorts går att fastställa samband mellan till exempel utbrändhet och personlighet eller inställning till arbetet. Det krävs mer forskning för att få en tydlig bild av problemets omfattning och utformning. En grekisk studie av ST-läkares ohälsa visade att de största stressfaktorerna för ST-läkare var att göra misstag, att inte få uppmuntran från chefen, otillräckliga finansiella medel på arbetsplatsen och att tvingas jobba långa dagar. Svårighet att skapa en funktionell yrkesidentitet var också en stressfaktor liksom rädslan för att vid misstag bli "uthängd" i media (Antoniou, Davidson & Cooper, 2003). På Ersta psykiatriska klinik i Sverige, som specialiserat sig på vård av hälso- och sjukvårdspersonal och som tar emot patienter från hela landet, har antalet läkare som söker hjälp för utbrändhet mer än fördubblats de senaste åren. Utbrändhet utlöses ofta av organisatoriska förändringar (Ohlin, 2002). En studie av manliga och kvinnliga svenska läkare visar att kvinnliga svenska läkare har högre

självordsfrekvens än både andra kvinnliga akademiker och normalpopulationen. Även manliga svenska läkare hade högre självordsfrekvens än andra manliga akademiker men inte än normalpopulationen (Arnetz, Horte, Hedberg, Theorell, Allander & Malke, 1987).

Bilden av läkares ohälsa är dock inte helt entydig. Frank och Arden (1999) visade att amerikanska kvinnliga läkare inte oftare drabbas av depression än andra kvinnor och att de inte gör fler självordsförsök än andra kvinnor men att kvinnliga läkare dock lyckas oftare med sina självordsförsök. Per Fugelli, professor i socialmedicin på Oslo universitet, antyder att man måste möta uppgifterna om ökning av utbrändhet och ohälsa bland läkare med skepsis. Det finns andra yrkesgrupper, till exempel yrkesfiskare, journalister och lärare som är betydligt värre drabbade än läkare och där riskerna för ohälsa är större, resurserna mindre liksom intresset från universitet och läkare (personlig kommunikation, 28 oktober, 2005).

Lazarus (1993) visar på skillnaden mellan hälsosam och skadlig stress. Den nyttigare typen av stress innebär positiva och hälsosamma kroppsliga tillstånd medan den skadliga typen upplevs i samband med negativa eller störda kroppsliga tillstånd. Det framhålls ofta att positiv stress skulle vara harmlös oavsett omfattning eller varaktighet men alltför mycket positiv stress kan i längden vara kontraproduktiv. Individen mår sämre och får nedsatt prestationsförmåga om kroppen inte får tillfälle att återhämta sig mellan stresstopparna. Sannolikt är dock att den tillfälliga kick som upplevs inför spännande utmaningar inte är skadlig. Engagemang, koncentrationsförmåga, uthållighet och prestationsförmåga ökar, men bara under en begränsad tid. Det finns alltid en yttersta gräns för hur länge kroppen orkar. Även personer som trivs med sitt jobb och upplever det som roligt och stimulerande blir utmattade om de jobbar alltför hårt under alltför lång tid (Ljung & Friberg, 2004).

Locus of control handlar om att en individ kan se följden av ett skeende som skapat av sig själv eller av utomliggande faktorer. Olika individer attribuerar i olika hög grad händelser till sina egna handlingar och sin egen kontroll. De individer som anser sig kontrollera skeenden i sin omvärld har en intern locus of control medan de som attribuerar händelser i sin omvärld till omgivningens handlande, slump eller tur har en extern locus of control (Rotter, 1966). En upplevd brist på kontroll har en stark koppling till stress (Cox, 2000), depression, apati, utmattning, lågt självförtroende samt hjärtrelaterade problem (Bond & Bunce, 2001; Cox, 2000; Shirom, 2003). En upplevt känsla av kontroll över arbetssituationen kan vara ett välfungerande sätt att hantera stress och kan kopplas till copingbegreppet (Theorell, 2003). En arbetssituation med upplevt höga krav i kombination med en upplevt känsla av kontroll anses

inte vara farligt eftersom individen kontrollerar kraven medan upplevt höga krav i kombination med en upplevd låg möjlighet till kontroll kan leda till ohälsa (Karasek & Theorrel, 1990).

Coping är ett samlingsbegrepp för en individs kognitiva och beteendemässiga försök att hantera inre och yttre krav som hotar att överstiga den egna förmågan. Det handlar med andra ord om olika sätt att klara av olika typer av stress och påfrestning. Lazarus (Folkman & Lazarus, 1984) menar att coping består av tre steg. Först identifierar individen att hon har problem, sedan utvärderas möjliga strategier att hantera hotet och till sist bedömer individen vad hon faktiskt ska göra åt problemet. Coping kan delas in i problemfokuserad, emotionsfokuserad och undvikande coping. Problemfokuserad coping innebär att förändra miljön medan emotionsfokuserad coping innebär en anpassning av upplevelse och emotionellt hanterande av stressen. Undvikande coping innebär att undvika stresskällan utan att förändra den eller förändra det egna hanterandet. Typ av coping går inte att koppla till ålder. Det finns heller inget som tyder på någon könsskillnad. Däremot skiljer sig de stressutlösande faktorerna mellan könen, vilket i sig leder till olika typer av coping (Folkman & Lazarus, 1980).

Läkare och kön

Nordgren (2000) menar att läkaryrkets makt avtog mellan 1950 och 1990 i och med att läkares lön, inflytande i samhället och auktoritet minskade. Hon kallar detta för en devalveringsprocess. Under femtiotalet var tio procent av svenska läkare kvinnor och under nittiotalet var ungefär fyrtio procent kvinnor. Bland de yngsta läkarna var under nittiotalet sextio procent kvinnor. Dessa två förändringar av tendenser inom olika professioner, bland annat läkarprofessionen tillskrivs ofta ett kausalt samband (Einarsdottir, 1997) och Nordgren (2000) menar att detta samband inte ifrågasatts på grund av vad Nordgren kallar "...det generella tolkningsföreträdet om könssammansättningens effekter..." (Nordgren, 2000, sid 15). Kvinnors inträde i läkarprofessionen har studerats med antagandet att kvinnors inträde i en profession med nödvändighet leder till en devalveringsprocess. Nordgrens studie syftar till att undersöka läkarprofessionens devalveringsprocess och ifrågasätta det antagna kausala sambandet mellan professionens feminisering och devalvering. Nordgrens slutsats är att läkaryrkets avtagande makt inte kan kopplas till att en större andel läkare är kvinnor och att devalveringsprocessen inte är en följd av könssammansättning. Snarare förklaras

devalveringen av strukturella förändringar i samhället genom främst reformer som bland annat lett till att professionens koppling till staten förändrats. Läkare tar nu order från politiker, administratörer, arbetsledare och sjuksköterskor snarare än att enbart ta egna beslut. Läkarpensionens arbete är idag mer reglerat, styrt och kontrollerat än förut vilket minskat läkares autonomi. Inom sjukvården har det administrativa arbetet övertagits av andra professioner utan att läkarpensionen tagit del av detta arbete, till skillnad från sjuksköterskor. Läkarnas tidigare maktövertag vad gäller kunskap har minskat genom ”kunskapsrevolutionen” som dramatiskt ökat den generella bildningsnivån och kunskapens tillgänglighet. Kunskapens betydelse i sig har dock inte minskat. Läkares löner har generellt minskat med fyrtio procent sedan femtioalet men denna förändring kan bara förklaras marginellt av kvinnors inträde i yrket. Snarare handlar sänknigen om en generell utjämning inom en mängd olika yrken där lågavlönade yrken fått högre lön och högavlönade yrken fått lägre lön. Inom vissa yrkesgrupper som till exempel teologer, arkitekter och civilingenjörer har lönen ökat för kvinnor och minskat för män. Yrkesgrupperna journalister och programmerare har fått den bästa löneutvecklingen samtidigt som andelen kvinnor har fördubblats. Läkarpensionens minskade makt kan enligt Nordgren bäst förklaras med ett makt- och samhällsperspektiv.

Nordgren (2000) visar också i sin studie att män är överrepresenterade bland överläkare och chefspositioner och att denna skillnad inte helt förklaras av ålderskillnader. Det finns dock en tendens till att andelen kvinnor bland chefspositionerna ökar. Det finns också en tydlig uppdelning inom professionen där kvinnor är överrepresenterade inom vissa specialiteter och vissa arbetsområden. Einarsdottir (1997) undersöker denna uppdelning utifrån ett könspektiv. Professionens interna heterogenisering fokuseras med hjälp av stängningsteori. Manliga läkare arbetar enligt Einarsdottir oftare inom högstatusspecialiteter (kirurgi) medan kvinnor arbetar inom lågstatusspecialiteter (geriatrik, psykiatri och allmänmedicin). De manstälta specialiteterna har högst status, högst antal disputerade men långsam karriärgång. De kvinnotälta specialiteterna har lägst status, färre antal disputerade men snabb karriärgång. Inom de olika specialistområden gör kvinnor och män karriär i samma takt. Mäns arbetstid ligger betydligt högre än kvinnors förutom i lågstatusgruppen där män och kvinnor arbetar lika mycket, på en nivå som ligger under kvinnors arbetstid inom andra områden. Einarsdottir menar att det inte finns stöd för en hypotes om att könsorteringen mellan olika grupper av läkare, till exempel mellan specialiteter, beror på

familjerelaterade hinder, att det kostar kvinnor mer än män att ha familj. Inte heller hör specialisttillhörighet samman med familjemönster. Einarsdottir säger att:

”Att ’familjediskursen’ trots detta är mycket stark och föreställningen om familjen som ett hinder för kvinnor så utbredd, pekar i en annan riktning. Det leder mig till slutsatsen att ’familjediskursen’ är en *diskursiv* och inte *reell* demarkation. Som sådan medverkar den givetvis till upprätthållandet av könssorteringen, men av andra skäl än man hittills framhållit.” (Einarsdottir, 1997, sid. 273).

Einarsdottir menar att andra faktorer, till exempel forskningsaktivitet och karriärmönster skiljer ut olika grupper av läkare och att detta slår ut på kön. En viss könsskillnad finns inom specialiteter då kvinnor i högre grad fokuserar på patienter medan män fokuserar mer på forskning och analytiskt arbete. I sin forskning lyfter Einardottir fram diskurs-, identitets- och maktstrider som försiggår mellan olika grupper av läkare. Hon menar att detta främst handlar om tre områden som fungerar som demarkationslinjer mellan grupper av läkare. Det första området handlar om huruvida läkaryrkets uppgift är att diagnostisera, bota eller vårda. Det andra området gäller kampen mellan det biomedicinska kunskapsparadigmet och det sociala och psykologiska. Det sista området handlar om rumsliga konflikter, till exempel en centraliserad eller decentraliserad vård. Utifrån dessa tre diskursområden sätts olika läkargrupper status. Psykiatrin (lågstatus) är till exempel ofta tillhörande ett vårdande, socialt och psykologiskt paradigm och psykiatriska mottagningar ligger ofta långt från sjukhusens centrum, ibland beläget i andra delar av staden eller området. Kön är viktigt som diskurs för läkare även om kön i sig inte styr uppdelningen av läkare och status utan snarare binds samman med andra diskurser. Tydligast blir detta i ytterligheterna där kirurgi (högstatus) tydligt förstärker en manlig diskurs medan geriatrik (lågstatus) förstärker en kvinnlig. Sambandet mellan kön och status är otydligt. Einarsdottir lyfter fram barnmedicin och gynekologi som är specialiteter med relativt hög status och som är kopplade till ett kvinnligt- och familjeperspektiv medan laboratoriespecialiteter är manstäta och har låg status. Kön och genus är alltså inte enligt Einarsdottir ett demarkationskriterium. Einarsdottir menar att heterogeniteten inom läkarprofessionen fanns innan kvinnor klev in i yrket. Vissa områden och specialiteter hade högre status. Bristen på läkare har länge varit stor och störst har den varit i områden med låg status. Einarsdottir menar att kvinnor klev in i just dessa

lågstatusområden där bristen var som störst snarare än i högstatusområden där bristen inte var lika påtaglig. Därefter har dessa kulturer bevarats och förstärkts då män genom stängningsprocesser utesluter kvinnor från mansdominerade områden. Frågan är om en liknande process ägt rum då läkare från andra länder under de senaste åren emigrerat till Sverige och aktivt plockats till den svenska arbetsmarknaden?

Lindgren (1992) ger en annan bild av skillnader mellan män och kvinnor inom läkarprofessionen och sjukvården och betonar vikten av kön för könsskillnader inom läkarprofessionen. Läkare är enligt Lindgren i regel män från de övre skikten av klasskalan med framför allt välutbildade fäder i ledande positioner i samhället. Dessa män har tidigt tränats i att vara konkurrenskraftiga och har hela tiden backats upp av föräldrarna. De kvinnliga läkarna är enligt Lindgren inte del av den gängse bilden av läkare utan har kämpat sig till sjukvårdens topp "mot alla odds" och kommer oftast från småbrukar- eller arbetarfamiljer. Atmosfären bland läkare beskrivs av Lindgren som elitistisk samtidigt som läkare själva ser sig som humanister. Manliga läkare har ett radikalt annorlunda hemförhållande än kvinnliga läkare där män är gifta med kvinnor som jobbar deltid och tar hand om arbetet i hemmet vilket möjliggör karriärsklättring medan de kvinnliga läkarna är gifta med heltidsarbetande män och de kvinnliga läkarna "...tvingas leva med en stressig och ofta bräcklig vardagslivsorganisation. Man saknar markservice och många plågas av ständigt dåligt samvete och känslor av otillräcklighet." (Lindgren, 1992, sid. 24). De kvinnliga läkarna offerar enligt Lindgren allt som har med yrket att göra för sina barns skull medan män inte "dras ner" av sin familj i kampen om de mest attraktiva befattningarna (Lindgren, 1992).

Eriksson (2003) har studerat hur läkare och läkarpar skapar och använder sig av kön i yrkesrollen och i parrelationen. Inom parrelationerna synliggörs och utmanas könsskillnader och arbetsfördelning medan man inom professionen poängterar läkares neutralitet och könlöshet samtidigt som många läkare lyfter fram att kvinnliga läkare behövs och att könsblandning är bra. Eriksson menar att könsneutraliteten lyfts fram i de situationer då könsskillnader skulle leda till en förändring av rådande genus- och maktsystem. På samma sätt lyfts könsskillnader fram när detta leder till en fortplantning av nuvarande system. Eriksson menar att manliga läkare genom symbolspråk iscensätter manlighet och läkarskap på samma gång medan kvinnor ständigt tvingas utföra en pendelrörelse mellan en manlig läkarprofession och en sexualiserad kvinnlighet.

YRKESIDENTITET

Identitet och yrkesidentitet grundar sig i en upplevd känsla av ett själv. Stern (1991) visar hur denna upplevelse av ett själv växer fram hos spädbarnet. I interaktion med omgivningen skapar barnet en bild av sin egen existens. Vårdnadshavaren speglar barnets känslor och barnet lär sig härma vårdnadstagarens uttryck och tolka dessa som känslor och kommunikation. Genom andra ser barnet sig själv. Denna spegling fortsätter genom hela livet, då individen tar in omgivningen, tolkar den och ger tillbaka. Den egna bilden av självet, identiteten, existerar genom interaktion med den yttre världen vilket sker bland annat genom representationer av interaktioner som generaliserats, RIGs. Detta innebär att barnet utifrån möten med andra människor skapar sig en generaliserad bild av hur sådana möten ser ut och upplevs. Barnen skapar sig förväntningar på världen och på möten med andra människor. Den verbala utvecklingen är också viktig i självutvecklingen. Barnen lär sig kommunicera intentioner och tolka kommunikation. Språket gör också att barnet kan skapa berättelser om sig själv. Genom dessa berättelser kan barnet upprätthålla och återberätta en identitet. Barnets berättelser markerar individens identitet. Dessa identitetsberättelser fortsätter, liksom Sterns övriga delar av självet, att utvecklas och användas hela livet.

Giddens (1997) beskriver hur det han kallar självidentitet uppkommer och uttrycks genom organiserade berättelser och genom medlemskap i olika grupper. Självidentitet byggs upp av språk, symboler, värderingar och annat som fås genom interaktioner med andra, genom skola, massmedia och arbete, tidigare livserfarenheter och genom omedvetna processer. Dessa delar blir tillsammans en helhet större än delarna och en helhet som bara delvis är medveten för individen själv. Självidentiteten omarbetas ständigt och det pågår mer eller mindre en strid, ett omedvetet krig, om den egna identiteten där olika krafter försöker förändra identiteten. Denna föränderlighet hos identiteten, skriver Giddens, är särskilt påtaglig i det postmoderna samhället där omvärlden ständigt förändras. Medvetet identitetsarbete är en följd av dissonans i självbilden. Dissonans uppstår när bilden av självet inte stämmer överens med den egna eller andras bild av omgivningen eller individen. Individen får då en känsla av att "inte vara sig själv" och känner sig vilsen vilket följs av känslor av skam, skuld och ångest. Individen upplever då ett behov av att omarbeta sin identitetsbild så att dissonansen försvinner och jämvikt uppstår. Giddens menar också att självet inte är ett enbart psykologiskt fenomen. Individens identitet påverkar deras handlingar vilket gör att deras omvärld förändras. Den postmoderna människans identitetsarbete skapas av och skapar omvärlden.

Den postmoderna kulturen är en riskkultur, både på ett globalt plan där till exempel terroristattacker är ett ständigt närvarande fenomen och på ett personligt plan där individen kan ta beslut som blir förödande för karriär eller andra delar av livet. I denna värld av föränderligt hot bildar individen livsstilar för att skapa sammanhang. Livsstilen blir en måttstock för den egna identiteten och ofta en väg till självförverkligande. Livsstil kan också vara ett sätt att skapa existentiell mening i en värld av ”existentiell isolering”, där auktoriteter såsom religioner saknas liksom givna sanningar och lösningar. Existentiella och moraliska frågor inte går att bearbeta eftersom självet saknar en fast form men genom en livsstil kan individen ändå hitta svar på dessa frågor (Giddens, 1997).

Identitetsarbete i yrkeslivet- ”kampen om jag”

Alvesson och Willmott (2002) fokuserar på identitetsarbete i arbetslivet. De tittar på hur arbetarens yrkesidentitet påverkas av arbetet och chefer och hur kampen om yrkesidentiteten ser ut. Styrandet av yrkesidentitet kan inverka både negativt och positivt på människorna och verksamhetens resultat. Alvesson och Willmott använder sig av begreppen identitetsreglering, identitetsarbete och självidentitet vilka alla påverkar varandra ömsesidigt. Självidentitet består av föränderliga berättelser om självet. Identitetsarbete består av ett tolkande arbete som upprätthåller eller omarbetar självidentiteten. Identitetsarbetet påverkas också av självidentiteten. Begreppet identitetsreglering står för olika diskurser som påverkar och definierar självidentiteten och stimulerar identitetsarbete. Regleringen består bland annat av att det alltid finns ett begränsat antal diskurser som individen kan förhålla sig till, vilket hon gör aktivt, påpekar Alvesson och Willmott. Diskurser är ”sammanhang”, eller tankesätt som innebär en tendens att uppfatta saker på ett visst sätt. Diskurser innehåller bland annat språkbruk men också värderingar och hierarki. Organisationer kan styra sina anställda genom tillgång till olika diskurser, hur ofta diskurser förekommer och kopplingen mellan diskurser och subjektivitet. Den upplevda kopplingen mellan vissa diskurser och självidentitet och identitetsarbete är också, menar Alvesson och Willmott, centralt för styrning av anställda och deras identiteter. En diskurs måste associeras med den egna självidentiteten för att individen ska ta in den i identitetsarbetet. Om individen inte känner sig kopplad till den aktuella diskursen kan detta på grund av motstånd ge upphov till identitetsarbete som skapar en motsatt självidentitet mot diskursens innehåll. Identitetsreglering kan skapas av organisationen i stort, av personen själv, av fritidsintressen, av minoritets- eller

majoritetstillhörighet och av arbetsrutiner och arbetsuppgifter. Alvesson och Willmott har inte studerat läkare men deras resonemang går att applicera även på denna yrkesgrupp.

Alvesson och Willmott identifierar nio områden där identitetsreglering kan påverka självidentitet. Dessa områden delas in i fyra grupper, individen, aktivitetsinriktning, sociala relationer och scenen. *Individen* innebär att identifiera personen själv och att identifiera personen genom att identifiera människor omkring personen. Att identifiera personen själv kan vara att sätta titlar i form av "läkare", "ST-läkare" eller "akutvårdsarbetare". Detta är karaktärsdrag som är relativt konsistenta över tid och rum. En läkare är läkare över hela världen och förmodligen i hela sitt liv. Språk och uttalade motiv bygger upp en förståelse av det dagliga arbetet och skapar *aktivitetsinriktning*. Genom att tala om läkares sociala patos definieras vad som bör driva läkare att arbeta och vad som motiverar dem och hur de ska belönas. Uppdelningen av människor i olika kategorier har betydelse för identitet och skapar möten, konflikter och spänningar mellan människor. Grupp känsla och *sociala relationer* kan till exempel skapa engagemang för arbetet och motverka individualism och egoism. I gruppen skapas gemensamma känslor och gemensamma tolkningar av upplevelser. Genom att etablera vilka regler som gäller i en viss kontext definieras *scenen* som i sin tur styr scenens aktörer. Kontexten som individen befinner sig i påverkar individens självidentitet. Genom att till exempel säga att sjukvården har blivit humanistisk och patientorienterad säger man också att beteende som går emot detta, som är patientfrånvända och inte humanistiska, är oönskade (Alvesson & Willmott, 2002).

Legitimt perifert deltagande

Identitetsutveckling är enligt Lave och Wenger (1995) detsamma som lärande. Lärande är att producera och reproducera en identitet. Lave och Wenger använder sig av begreppet legitimt perifert deltagande. Lärande bygger på deltagande i skapade identiteter, vilka hela tiden förändras. Detta deltagande måste vara legitimt och det startar alltid i periferin av identiteten och rör sig mot centrum. Lärande är att bli mer deltagande i en viss identitet. Vi kan bara lära oss om vi får tillåtelse, alltså om vi släpps in i sammanhang där kunskap, kultur och identitet finns. Detta innebär att vi också måste få tillåtelse för att bli deltagande i identiteter. I vissa identiteter släpps vi in och i andra släpps vi inte in. Alla människor rör sig ständigt i periferin till olika identiteter med olika läroprocesser. Ingen människa "är" en identitet helt och hållet och på så sätt är vi alltid mer eller mindre perifera till identiteten. Identitet finns i och mellan

alla deltagare och är inte gemensamt definierad utan ett konglomerat av olika identitetstolkningar, upplevelser och uttryck. Identiteten som sådan har gränser även om dessa är diffusa och föränderliga. Enligt det perspektiv som här tecknas är det meningsfullt att studera hur individen förhåller sig till en mångfald av olika identiteter. En individ kan på samma gång vara legitimt perifert deltagande i en etnisk identitet, i en familjs speciella kultur och gemenskap och i ett yrke eller en utbildning eller i flera yrken samtidigt (Lave & Wenger, 1995).

Lave och Wenger (1995) har haft empiriska studier av lärling-mästareförhållandet som grund för sin teori men de menar inte att mästaren eller läraren är central för lärandet. En mästare är också perifer till yrkesidentiteten eftersom identiteten i sig ständigt förändras och lärlingar lär sig lika mycket av varandra som av läraren. Även mästaren lär av lärlingarna. Lärlingarna bygger upp nya kunskaper och nya kulturuttryck i identiteten. Lave och Wenger uppmärksammar identitetens rörelse i tid. Individen avancerar, om hon får delta i lärotillfällen, in mot centrum av identiteten. Detta kallar Lave och Wenger deltagarbanor. Desto längre man når på sin deltagarbanan, desto närmare centrum av identiteten rör man sig och desto större möjlighet får man att handla, tänka, tycka och agera i enlighet med identiteten. Samtidigt kopplar man sig mer samman med identiteten och känner lojalitet och gruppkänsla. Deltagandet begränsas inte sällan på vägen mot centrum av identiteten och ett maktspel uppstår där bara vissa går vidare inåt. Den som definieras som "mer" läkare än någon annan har större förmåga att definiera identiteten läkare och att genomdriva egna beslut med identiteten läkare som legitimitet. Man kan tänka sig att det är lättare för en överläkare att bestämma hur vissa behandlingar ska genomföras än för en läkarpraktikant.

Lärande sker genom lärotillfällen. Dessa lärotillfällen sker spontant då deltagandet är legitimt, eftersom detta ger upphov till engagemang. Det är bara genom dessa lärotillfällen, då man som snickarlärling får möjlighet att såga eller som mäklarlärling får prata med kunder, som man kan ta till sig mer av identiteten och röra sig in mot centrum av identiteten. All kunskap är enligt Lave och Wenger situationsbaserad och endast meningsfull i sin egen kontext. Den duktiga skoleleven lär sig inte generella sanningar om till exempel historia och matematik. Skoleleven lär sig hur man klarar av en klassrumssituation, hur man betar sig i en provsituation, hur man lär sig till ett prov och vad som premieras och inte premieras i skolvärlden. Dessutom lär sig eleven hur man ska prata i skolan och hur man ska uppträda och vilka värderingar man ska ha. Den bråkiga skoleleven som inte gör sina läxor lär sig lika

mycket som den duktiga, fast han eller hon är deltagare i en annan identitet och i ett annat lärande (Lave & Wenger, 1995).

Livshistorier som professionell identitet

Olesen (2001) kopplar samman yrkesidentitet och individers personliga livshistoria. Läkare är inte bara sitt yrke utan har också ett liv utanför arbetet och dessa två sidor påverkar varandra. Olesen skriver att om man vill förstå vad som händer i yrkesidentiteten så måste man titta utanför den. Det finns, menar Olesen, en generell utveckling i samhället som innebär att allt fler yrken kräver personlig utveckling, subjektivt engagemang och ansvar för arbetsprocessen. Arbetet ställer krav på andra färdigheter än rent instrumentella, bland annat moraliska färdigheter. Detta betyder att den professionella inte är enbart professionell utan också personligt närvarande/engagerad i sitt yrkesutövande. Denna personliga sida av individen påverkar hur beslut fattas och vilka värderingar som premieras. Individen måste hela tiden förhålla sig till och förhandla mellan privata och professionella värderingar. I arbetet bär individen alltid med sig sin egen dynamik vilket blir en del av yrkesutövandet. Erfarenheter från livshistorier tillför kunskap och reflektion till professionen vilket gör att den utvecklas (Olesen, 2001).

Individens subjektiva förhållande till sitt yrke är inte endast individspecifik utan det går att klassificera det utifrån olika grupp tillhörigheter, som till exempel klass och kön. Olesen beskriver fyra olika förhållningssätt till yrket som han i sina studier av olika professioner menar att individer kan ha. Dessa är hantverkare (craftsman), professionell expert (professional), lönearbetare (wage labour) och karriärfokusering (career/ position orientation). De två förstnämnda förhållningssätten utmärks av ett större engagemang i yrket medan de två sistnämnda kännetecknas av en distans till sin yrkesroll. Ett liknande förhållande finns i graden av sammanblandning mellan personliga och professionella ideal och mål där de sistnämnda i mindre grad blandar personligt och professionellt. Det sätt man ser på sitt arbete motiverar och riktar ens uppmärksamhet. Olesen visar hur minskad motivation kan uppstå när arbetsuppgifterna riktas mot sådant som individen i sin bild av yrket inte tycker att han eller hon bör eller kan göra. En läkare som motiverats till sitt yrkesval av bilden som professionell expert med naturvetenskapligt tänkande och som hamnar i en arbetssituation byggd på personliga kontakter och humanistiskt tänkande kan begränsas i sin förmåga att utföra och förhålla sig till sitt arbete. Förändringar i individers privatliv ändrar deras syn på yrkesrollen

vilket påverkar deras yrkesutövande. En nybliven förälder måste kanske minska sin arbetstid och gör detta genom att omdefiniera sitt arbete från något som ger personlig utveckling till arbete för daglig lön, och minskar därmed sin motivation och de egna kraven på engagemang (Olesen, 2001).

Möjliga själv

Ibarra (1999) visar hur individer som ännu inte har en fast yrkesidentitet kan utforma denna genom att laborera med olika möjliga själv som inspireras av personer i omgivningen. Ibarra skiljer på tre olika strategier: imitation, selektiv imitation och egen väg. Imitation innebär att individen hittar en förebild som hon försöker kopiera. Selektiv imitation innebär att delar av olika personer kopieras och förs in i den egna identiteten. Egen väg innebär att personen inte imiterar utan på egen hand försöker hitta en professionell identitet som hon eller han känner stämmer överens med den egna personen. Det sker hela tiden, inom individen, en utvärdering av den professionella identiteten, dels i form av återkoppling från omgivningen och dels i form av jämförelser mellan den skapade identiteten och inre moral och värderingar. ”Är detta möjliga själv något som jag som person kan stå för?” Om svaret på denna fråga är nej, menar Ibarra att det uppstår kognitiv dissonans inom personen och det möjliga självet måste ändras eller förkastas. Även återkopplingen från omgivningen styr om och hur mycket av det möjliga självet som tillåts bli en stabil del av det professionella självet. I Ibarras egen studie av lärlingar inom investeringsbranschen fann han att strategierna imitation och selektiv imitation fungerade bättre än strategin egen väg. De individer som inte imiterade alls, utan på egen hand försökte hitta en yrkesidentitet, fick tillgång till färre alternativa lösningsstrategier, synsätt och erfarenheter (Ibarra, 1999).

SAMMANFATTNING AV TEORI

I denna undersökning ses yrkesidentitet som ett fenomen kopplat till identitet, vilket växer fram ända sedan den tidiga barndomen (Stern, 1991). Genom berättelser om det egna självet och omvärlden skapas identiteter (Giddens, 1997). En individ deltar i flera olika identiteter samtidigt och använder sig av dessa identiteter i olika situationer (Lave & Wenger, 1995). Detta kan kopplas till bilden av det postmoderna samhället där den föränderliga världen tvingar fram en flexibel självidentitet (Jørgensen, 2004). Identiteter uppstår och bevaras genom maktkamper där olika människor tillåts ta på sig olika identiteter olika mycket och där

identitetsreglering från olika håll ständigt försöker påverka individers identitetsarbete (Alvesson & Willmott, 2002). Olika identiteter påverkar varandra och det som kallas yrkesidentitet kan inte helt skiljas från individens privata identitet. Hur en person uppträder på sitt arbete och hur hon ser på arbetet avgörs till stor del av hur hon besvarar frågan, ”vem är jag?” (Olesen, 2001) ST-läkare kan som yrkespersoner antas vara deltagare i en läkaridentitet. Denna läkaridentitet har skapats och har rötter i ett modernt samhälle då identiteter byggdes på arbete och social status i förhållande till tydliga hierarkier. Samtidigt är ST-läkare som människor deltagare i ett postmodernt samhälle där identiteter ständigt förändras och anpassas, och där den egna individuella framgången och förverkligandet är mer avgörande för identiteten än arbete och hierarkier (Jørgensen, 2004).

METOD

Bo Peterson skriver i *Identitetsstudier i praktiken*: ”...kollektiva identiteters föränderlighet, mångdimensionalitet och kontextbundenhet medför att en fullständig återgivning av individers kollektiva identiteter under en given tidsrymd inte låter sig göras” (Peterson & Robertson, 2003, s 39). Vidare skriver han: ”Identiteter kan inte kvantifieras, mätas, vägas och räknas...man måste ge framställningen liv och nerv genom att låta individen komma till tals” (Peterson & Robertson, 2003, s 42). Studiet av identitet är inte ett experiment i vanlig bemärkelse, som så många andra psykologiska undersökningar, och ska därför inte heller behandlas som ett experiment. Identitet kan inte, som Peterson och Robertson säger, vägas eller mätas (2003). Det finns inte och kan inte finnas en intention att avtäckas en säker sanning som sedan kan visas upp i form av till exempel diagram och siffror. Identitet är flyktigt, instabilt och relativt vilket ställer höga krav på bearbetning av information och analys, inte bara av författaren utan även av läsaren.

UNDERSÖKNINGENS GENOMFÖRANDE

I denna undersökning användes två olika metoder, intervjuer och enkät. Undersökningen genomfördes på ett sjukhus med 2500 anställda, 412 vårdplatser och cirka sextio ST-läkare. En pilotstudie bestående av en intervju med en kvinnlig AT-läkare samt teoretiska studier gjordes innan undersökningen inleddes. Intervjun tog två och en halv timme och syftade till

att erhålla information om läkaryrket och läkares yrkessituation samt till att ge uppslag om vad som kan tänkas finnas inom läkares identitet. Utifrån denna intervju samlades artiklar och böcker om läkare, läkarkultur och läkares hälsa.

Tretton intervjuer genomfördes med ST-läkare från följande kliniker: internmedicin, kirurgi, infektion-, lung- och hudsjukdomar, psykiatri och barnmedicin. Sju kvinnor och sex män i åldrarna tjugonio till fyrtioett intervjuades. Intervjuerna genomfördes vid två tillfällen, 6-8 april och 18-20 maj. En av intervjuerna utfördes som en ”skuggning”, vilket innebar att intervjun skedde nattetid medan den aktuella ST-läkaren arbetade på akuten. Detta gav en möjlighet att få en tydligare bild av det ST-läkarna pratade om i intervjuerna. Varje intervju tog mellan fyrtio och åttio minuter och följde en semistrukturerad intervjumall, vilket skapar flexibilitet i samtalet och samtidigt ger en grund för tolkning av resultat (Kvale, 1997). Intervjuguiden grundade sig i fyra ämnesområden och i varje intervju berördes varje område på något sätt. Områdena var handledning (vilket främst användes till den utvärdering som beskrivs i inledningen), identitet, lärande och arbets- och livssituation. Vart och ett av dessa områden delades upp i sju till nio underrubriker. Intervjuguiden finns som bilaga (bilaga A). Intervjuerna spelades in med ST-läkarnas godkännande.

Enkäten användes i studien som ett kompletterande instrument till intervjuerna. Syftet var att på ett mer informationsbegränsat plan söka efter likheter och skillnader med intervjusvaren i ett större material. Enkäten skickades till femtiotvå ST-läkare. Svaren på enkäten lämnades anonymt genom numrerade och adresserade kuvert. Enkäten inleddes med ett brev (Bilaga B) vilket förklarade att enkäten syftade till att utgöra grund för en utvärdering av grupphandledning och ett examensarbete. Enkäten bestod av en sida med instruktioner och fält där ST-läkaren kunde fylla i ålder, kön, år då grundutbildningen avslutades och år då ST-utbildningen påbörjades. Detta följdes av tre instrument som mäter arbetstillfredsställelse, utbrändhet och engagemang i arbetet, Ekvalls Arbetstillfredsställelse (Ekvall, 1996), UWES (Schaufeli & Bakker, 2003) och MBI-GS (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Dessa instrument användes inte till denna undersökning utan enbart till utvärderingen. Efter instrumenten kom två frågor om handledning, som inte heller användes i denna undersökning. Dessa fråga följdes av fem öppna frågor om lärande och identitet:

1. Hur skulle du beskriva en ”idealläkare”? Vilka kvaliteter kännetecknar en sådan?
2. Vad gör dig till en bra läkare?

3. Hur har du lärt dig/ fått tillgång till dessa kvaliteter?
4. Vad är det svåraste/ jobbigaste i din arbetsituation just nu?
5. Hur hanterar du det? (och hur har du lärt dig göra på det sättet?)

Enkätens utformning gjorde det möjligt för ST-läkarna att ange fler än ett svar på varje fråga. Frågorna togs fram i samarbete med handledaren Robert Holmberg, en ST-läkare, samt studierektorn för ST-utbildningen på det aktuella sjukhuset. Eftersom det är omöjligt i en enkät att få samma typ av och samma mängd information som i en intervju ansågs det därför olämpligt att försöka skapa en direkt jämförelse med intervjuerna genom att använda sig av exakt samma frågor. Syftet med frågorna som användes var istället att engagera ST-läkarna till att skriva så utförliga och personliga svar som möjligt. Patel och Davidsson (1994) uppmärksammar att öppna frågor på enkäter ofta kan medföra uteblivna svar. Det var därför viktigt att engagera ST-läkarna genom de frågor som ställdes. ST-läkarna ombads skicka sina svar inom fem veckor. Då denna tid passerat skickades en påminnelse tillsammans med en ny kopia av enkäten. Enkäten besvarades av tjugonio ST-läkare, vilket innebär en svarskvot på femtiosex procent. Detta relativt stora bortfall beror förmodligen på enkätens omfång. Det bör också påpekas att många av ST-läkarna inte hade hört talas om den grupphandledning som genomförts och inte hade något begrepp om vad grupphandledning innebär och alltså inte heller hade någon motivation att själva få delta i grupphandledning eller besvara frågor om grupphandledning.

TOLKNINGSGRUND

Grunden för tolkning av materialet var grundad teori. I grundad teori utgår forskaren från materialet och syntetiserar och utvecklar allt mer abstrakta teorier. Dessa teorier kopplas hela tiden tillbaka till materialet som står som en garant och en direkt grund för de framtagna teorierna. Forskaren talar till sitt material, hon ställer frågor till det och låter materialet fråga tillbaka. På detta sätt byggs en historia upp som är materialets egen historia. Vad berättar dessa insamlade data? Det är forskarens uppgift att identifiera denna historia och sedan återge den (Charmaz, 1995). I grundad teori är arbetsprocessen inte uppdelad i avgränsade block utan alla delar av processen pågår samtidigt och föder varandra (Strauss & Corbin, 1990). I denna undersökning fanns en avgränsning mellan insamling av data och databearbetning då

insamling av data avslutades innan bearbetningen helt färdigställts. Det har dock hela tiden pågått ett sökande efter ny kunskap, i form av artiklar och böcker.

ANSPRÅK

Intervjumaterialet behandlas i undersökningen som ST-läkarnas berättelser om den egna identiteten och identitetsarbete. Dessa berättelser visar hur ST-läkarna ser på sig själva och sin omvärld och ger en bild av hur ST-läkarna kan tänkas interagera med omvärlden i sin yrkesroll. Uttalanden ska dock inte ses som redogörelser för en ”verklighet”. Två läkare som använder samma begrepp, till exempel ”stress” eller ”lång arbetsdag” kan i dessa begrepp lägga olika betydelser. En berättelse om ”mycket stress” visar inte hur lite eller hur mycket ST-läkaren stressar i arbetet eller hur många timmar om dagen han känner sig stressad. Däremot visar berättelsen att ST-läkaren upplever sig vara stressad, identifierar sig som en stressad ST-läkare och människa och ser omvärlden som pressande. ST-läkarens syn på sig själv och andra kan antas påverka hur han eller hon uppträder. Det är dock endast meningsfullt att tala om ST-läkarens faktiska beteende som antaganden om följder av identiteter och identitetsarbete. Dessa samband är komplicerade. Man kan anta att en eller flera av ST-läkarna har läst Holms bok (1995) ”Det räcker inte att vara snäll” som handlar om empati och läkare, där hon kopplar samman en modern läkare med begreppet empati. Detta kan tänkas leda till identitetsarbete (Alvesson & Willmott, 2002) där ST-läkaren som läser boken lyfter fram begreppet empati i sin identitet (se mer om detta i diskussionen under Att hitta balans). Empati blir alltså en viktig del av ST-läkarens identitet och ST-läkaren värderar empati högt hos sig själv och hos andra. Detta kan leda till att ST-läkaren agerar mer empatiskt gentemot patienter och personal. ST-läkarens betoning av empati i identiteten kan också leda till att ST-läkaren ser sig själv som empatisk och värderar empati högt men inte faktiskt agerar empatiskt gentemot patienter. Detta kan bero på antaganden om vad empati är, i vilka situationer begreppet är anses vara aktuellt och hur ST-läkarens övriga identitet ser ut. Empati kan också förstärkas i identiteten på grund av att begreppet står ”högt i kurs” i läkarkulturen, utan att ST-läkaren förändrar sitt beteende. Denna studie i sig kan i någon mån ha lett till ett identitetsarbete där ST-läkarna i intervjuer och enkätsvar formulerat sin egen syn på fenomenet vilket gett dem en tydligare eller annorlunda bild av sig själva. Man kan tänka sig att tyst kunskap blivit verbal då den diskuteras i intervjuerna, vilket kan leda till att den inkorporeras i den egna identiteten. Detta är dock inget problem för denna studie då identitet

inte ses som ett statiskt fenomen utan som levande berättelser som förändras och omförhandlas.

ST-läkares utsagor om andra grupper av läkare, annan sjukvårdspersonal eller patienter ska tolkas som information om berättarens egen identitet. Berättelsen säger inget om hur dessa andra grupper faktiskt "är" utan endast om hur ST-läkaren använder bilder av dessa grupper för att bygga upp sin egen identitet.

Tolkningen av enkätsvaren innefattas av samma anspråk som för intervjuerna men en viktig skillnad är att enkätmaterial saknar det djup och förtydligande som följdfrågor ger. Därför är därför mer oklart vad ST-läkarna faktiskt "menar" när de skriver en viss sak och därför bör tendenser i enkäten endast ses som ett komplement som förstärker eller förminskar vissa drag i intervjuresultaten.

BEARBETNING OCH ANALYS

Intervjuerna skrevs ut ordagrant. Därefter kodades innehållet i alla intervjuer, rad för rad, och olika uttalanden tillskrevs olika ämnesetiketter, utifrån vad ST-läkaren pratade om, som till exempel patient, kontroll eller problem. Dessa ämnesetiketter var inte samma för alla kodningarna utan skapades utifrån varje intervju beroende på vad ST-läkaren pratade om. Om ST-läkaren sa "Alla patienter gör mig stressig" skulle detta kunna sorteras under ämnesetiketterna "Stress" och "Patienter". Uttalanden samlades under sina respektive ämnesetiketter med intervjuerna fortfarande åtskilda från varandra. Materialet under varje ämnesetikett i varje intervju sammanfattades och jämfördes för att skapa en enhetlig bild. Detta arbete gjordes med samtliga intervjuer. Därefter jämfördes sammanfattningarna mellan de olika intervjuerna och sju frågor skapades som med ett ja- eller nej-svar täckte materialet i samtliga intervjuer. Dessa frågor sammanfördes till två kategorier som förklarade en stor del av de likheter och skillnader som fanns mellan intervjuerna som helhet. Kategorierna var processinriktade ST-läkare respektive resultatnriktade ST-läkare och utåtriktad respektive inåtriktad anpassning till arbetsbelastning. Kategorin processinriktade respektive resultatnriktade ST-läkare påminner om de två av tre områden där Einarsdottir (1997) menar att striden om diskursövertag och status står mellan olika läkare, nämligen om läkares uppgift är att diagnostisera, bota eller vårda och kampen mellan det biomedicinska kunskapsparadigmet och det sociala och psykologiska. En viktig skillnad är att Einarsdottir fokuserar på skillnader mellan olika grupper av läkare, främst olika specialiteter medan

föreliggande undersökningen syftar till att undersöka individuella ST-läkares identitetsberättelser. Den andra kategorin, utåtriktad respektive inåtriktad anpassning påminner om locus of control (Rotter, 1966) och copingbegreppet (Folkman & Lazarus, 1984). Kategorierna beskriver fenomen som tycks vara allmänna för ST-läkarna i undersökningen och alla ST-läkarna förhåller sig på något sätt till dessa fenomen. Ingen av intervjuerna kunde kategoriseras helt och hållet som det ena eller det andra utan alla kategorierna återfanns i samtliga intervjuer. Det är dock möjligt att prata om en tendens där vissa ST-läkares berättelser mer stämmer in på den ena kategorin än den andra. Inom bägge kategorierna återfanns fenomenen risken att göra fel samt empati och socialt samspel. I resultatdelen speglas de två kategorierna genom dessa fenomen och två ST-läkares olika förhållningssätt till dem utifrån kategorierna.

I bilaga C och D återges en del av ST-läkarnas uttalande som kan kopplas till kategorierna. ST-läkarna är uppdelade utifrån vilken sorts uttalande de främst gör i sina berättelser. Fem ST-läkare beskrivs som resultatnriktade, fyra som process och 4 som både process och resultat. Fem ST-läkare beskriver främst inåtriktad anpassning, fem beskriver främst utåtriktad och tre beskriver både utåt och inåtriktad. Uttalanden i bilagorna sammanfattar inte hela intervjumaterialet som legat till grund för analysen och inte heller hela materialet som legat till grund för dessa två kategorier. Information som framkommit ur till exempel sammanhang, antydningar och långa resonemang finns inte med i bilagorna. Uttalanden i tabellerna är inte ämnade att vara en grund för en reproduktion av undersökningens analys utan syftar enbart till att åskådliggöra kategoriernas begrepp och antyda en viss fördelningen mellan olika ST-läkare. Anledningen till att indelningen mellan ST-läkare inte gjorts snävare är att ST-läkarnas anonymitet ska bevaras.

Analysen av enkäterna gjordes kvantitativt. Svaren på varje fråga etikettbestämde och räknades. Dessa etiketter var inte samma som de kategorier som användes i intervjuerna. Istället arbetades etiketter fram för varje enkätfråga utifrån vad svaren handlade om. Till exempel gavs svaret "jag är ödmjuk" för frågan, "Vad gör dig till en bra läkare?" etiketten Ödmjuk. Etiketterna var alltså specifika för varje fråga och hade inget samband med de kategorier som togs fram i intervjuanalysen. Målet för etiketteringen för varje fråga var att få så få etiketter som möjligt samtidigt som innehållet i svaren tydligt redovisades. Då en ST-läkare angav mer än ett svar på en fråga och då dessa svar gavs olika etiketter räknades detta som två olika svar under olika etiketter. Detta innebar att det totala antalet svar skiljde sig åt

mellan frågorna. Vad som togs hänsyn till var skillnaden mellan antal svar under olika etiketter. Eftersom det var möjligt att se vilka svar som angivits av en kvinnlig och av en manlig ST-läkare delades svaren upp efter kön. Etiketterna, svaren och uppdelningen i kön återgavs i en tabell för varje fråga och resultaten sammanfattades i en text där etiketterna beskrevs, exemplifierades och bearbetades. Analysen av intervjuerna jämfördes sedan med analysen av enkäten.

VALIDITET OCH INTERSUBJEKTIVITET

Det framtagna materialet består som sagt av subjektiva berättelser. I undersökningen tolkas dessa som berättelser som identitet. Hur dessa berättelser ser ut påverkas alltid av vem som lyssnar. I detta fall var forskaren en psykologstudent som dessutom arbetade på uppdrag av studierektorn för ST-programmet för att göra en utvärdering av en insats, grupphandledning, som gjorts på sjukhuset, vilket kunde leda till förändringar i arbetet för de intervjuade. Dessa förhållanden påverkar naturligtvis det som berättas i intervjuerna på olika sätt. Vad hade läkarna svarat om det var en läkare som ställde frågorna eller om den som intervjuade inte hade något annat syfte än att lyssna på läkarnas egna historier? Detta kommer vi aldrig att få veta. Man kan anta att individer som pratar med en person som presenterar sig som psykolog eller psykologstudent pratar om saker som är anknutna till detta område och lyfter fram dessa aspekter av sig själv (Peterson & Robertson, 2003). Det är också tänkbart att vissa ST-läkare är mer intresserade att prata med en psykologstudent än andra, vilket skapar ett urval redan innan undersökningen genomförts. Man kan också anta att de läkare som var intresserade av att få del av en grupphandledning framställde sin arbetssituation som krävande för att framhålla sitt behov. Till detta bör tilläggas att få läkare hade tilltro till grupphandledning som lösning på deras problem i yrkesrollen och det dagliga arbetet. En annan fråga är om ST-läkarnas berättelser hade tolkats annorlunda av en annan forskare. Kvale (1997) menar att det är viktigt att olika forskare tolkar ett material på samma vis. Detta ger undersökningen intersubjektivitet. Därför bör man i grupp tolka och undersöka materialet så att det finns en överensstämmelse om resultaten mellan olika tolkare. Då detta inte har kunnat göras ges det stort utrymme åt exakta intervjuuttalande i resultatdelen, så att läsaren ges möjlighet att följa det analytiska arbetet. Dessutom finns exempel på uttalande i bilaga C och D. Det analytiska arbetet innebar bland annat skapande av kategorier. Det är högst osannolikt att en annan forskare skulle använda sig av exakt samma kategorier för att tolka ST-läkarnas berättelser.

Forskaren använder sig av sig själv som redskap vilket per automatik leder till att materialet och tolkningen av materialet färgas av forskaren. Oavsett vem forskaren är påverkar detta vad ST-läkarna säger och hur dessa berättelser tolkas. Subjektivitet är alltså omöjlig att undvika och validitet måste beskrivas som en möjlighet för läsaren att följa den analytiska processen (Peterson & Robertson, 2003).

SAMMANFATTNING AV METOD

Uppsatsen handlar om att med utgångspunkt i grundad teori samla subjektiva berättelser och tolka dessa som berättelser om identitet. Arbetet har fokuserat på att finna sätt att genomföra denna tolkning. Insamlandet av data skedde genom tretton intervjuer och genom enkäter, där tjugonio av femtiotvå ST-läkare svarade. Intervjuerna tolkades och analyserades som enheter, var för sig, och skillnaderna mellan olika intervjuer samlades i två kategorier. Enkätsvaren tolkades kvantitativt och svaren etiketterades.

RESULTAT

Resultaten av undersökningen redovisas i tre steg. Det första steget är en analys av intervjuerna, det andra är en redovisning av enkäterna och det tredje steget är en tolkning där intervjuanalysen jämförs med enkätresultaten. Denna del av uppsatsen avslutas med en sammanfattning.

ANALYS AV INTERVJUERNA

Analysen använder sig av kategorierna resultatnriktade ST-läkare respektive processinriktade ST-läkare och inåtriktad respektive utåtriktad anpassning till belastning. Dessa kategorier redovisas och analyseras i turordning under rubrikerna Vad är centralt i arbetet? och Att förhålla sig till ett krävande arbete. Kategorierna åskådliggörs sedan med två exempel på ST-läkare som utifrån kategorierna förhåller sig olika till fenomen som av dessa och andra ST-läkare framhålls som viktiga och centrala: risken att göra fel samt empati och socialt samspel. I bilaga C finns exempel på utsagor som kan kopplas till resultat och processinriktade ST-läkare. Bilaga D innehåller exempel på utsagor som visar inåtriktade och utåtriktade uttalanden.

VAD ÄR CENTRALT I ARBETET?

Den resultatnriktade läkaren

En ST-läkare på kirurgen berättar i intervjun vad det är som är tilltalande med just denna specialisering:

Så det är bredden, och så att jag gör något konkret för patienten, en operation eller en åtgärd som gör att patienten, oftast då blir bra eller bättre då. Så det är en tillfredsställelse att se ett resultat tycker jag.

Den här ST-läkaren fokuserar på utgången av mötet med patienten. Läkarens insats värderas utifrån resultatet av behandlingen. Om patienten blir frisk har läkarens insats varit lyckad och om patienten inte blir frisk har insatsen inte varit lyckad. Själva operationen, ingreppet, eller mötet med patienten lyfts inte främst fram som det tillfredställande i arbetet utan det är resultatet av dessa verksamheter som ger tillfredsställelse. Beroende på vilken typ av patienter ST-läkaren träffar och vad man förväntas göra i mötet med dessa så kan läkaren uppfatta det som mer eller mindre lätt att nå ett tillfredställande resultat. En ST-läkare på barnmedicin säger:

Det är väldigt kul så, jag känner att jag kommer att vilja ägna mig åt dom här ordentligt sjuka barnen. Men det tror jag att dom flesta barnläkare känner att det här man ser på akutmottagningen är mycket, förkylningar och snor och hosta, det är inte därför man har pluggat i tolv år, utan det är något annat man vill ha.

Denna ST-läkare strävar bort från situationer där läkaren inte kan göra så mycket för patienterna och inte kan uppnå tydliga resultat. I ett dagligt arbete med till exempel snoriga barn finns ingen möjlighet att bota och göra en allvarligt sjuk person frisk. ST-läkaren uppfattar sin egen klinik och sin arbetssituation som mer bestående av arbetssituationer som inte ger tillfälle till att uppnå dessa resultat och tänker därför inrikta sig på en mindre grupp patienter vars sjukdomar går att påverka och enklare mäta i friskt och sjukt. Detta arbete beskrivs som mer viktigt, vilket innebär att ST-läkaren ser sig själv som mer viktigt för dessa patienter. Det som gör att dessa patienter upplevs som viktiga är inte hur patienterna uppför

sig eller vem de är utan hur pass sjuka dom är och vilka sjukdomar dom har. Sjukare patienter är viktigare patienter. ST-läkaren berättar också att den lilla patientgrupp som har allvarliga sjukdomar innebär en möjlighet för läkaren att utvecklas i yrket, vilket antyder en uppfattning att de patienter som inte har allvarliga sjukdomar inte ger läkaren möjlighet att utvecklas i yrket. Att utvecklas i yrket innebär att hantera svåra sjukdomar. För den resultatnriktade läkaren är det således inte i första hand olika möten eller patienter som lyfts fram utan det som står i fokus för läkaren är specifika sjukdomstillstånd. En ST-läkare beskriver arbetet på sin klinik:

Det handlar om att bedöma, patologiskt eller inte och ge medicin.

Arbetet på denna klinik beskrivs som enbart bestående av resultatnriktat arbete. Läkaren ska göra val och bra val leder till bra konsekvenser medan dåliga val leder till dåliga konsekvenser. Konsekvensernas kvalitet kan mätas i sjukdomsgrad, hur frisk patienten har blivit. Läkare beskrivs som att de arbetar gentemot sjukdomar. Patienten som människa ligger inte i fokus i berättelserna och ST-läkarna fokuserar inte på patientmöten i form av samtal utan i form av behandlingar.

Det var kanske några månader sedan, då var det en operation, en ganska ung tjej, i min ålder då som jag fick och opererade. Jag skulle göra en titthåloperation och se om det fanns något sjukt då inne i magen. Sen fick hon en väldigt stor blödning av den här operationen från musklerna i magen.

Komplikationer i arbetet beskrivs inte främst som möten med ”svåra” eller ”jobbiga” patienter eller möten där läkare uppträtt fel utan som svårlösta sjukdomstillstånd eller som misstag i det praktiskt botande arbetet. En bra läkare är duktig på att nå resultat i arbetet. Dessa resultat är kopplade till hantverksmässig och kunskapsmässig kompetens där läkaren använder teoretisk eller praktisk kunskap för att genomföra val eller behandlingar som skapar resultat.

Den processinriktade läkaren

En ST-läkare på barnmedicin beskriver de problem som de flesta patienter lider av på kliniken:

Dom här bekymren går ju inte att bota, dom går knappt att lindra, man får hjälpa till så bra som möjligt.

Läkarens uppgift beskrivs inte vara att lösa patientens problem, att förvandla sjukt till friskt. Resultat av ingrepp upplevs inte kunna värderas på detta sätt eftersom sjukdomen inte upplevs som ett antingen friskt eller sjukt tillstånd som läkaren har möjlighet att påverka. Istället hamnar kontakten med patienten och själva arbetet med sjuka människor i fokus i dessa ST-läkares berättelser. ST-läkarna berättar inte om utgången av ingrepp utan om kontakter med patienter och hur läkare agerar i det sociala samspelet. Läkarens arbete värderas utifrån processen i det sociala och kunskapsinhämtande arbetet. ST-läkarna använder sällan begreppen sjukt och friskt och deras historier handlar mer om händelser under arbetets gång än om hur arbetet avslutades och ”hur det gick”. I mötet med människor används ofta begreppet mjuka värden:

Så jag har haft en öppenhet för sådana här, för vikten av empatiska förmågan tror jag. Jag har aldrig tyckt att det är tjafsiga mjuka värden som inte har någon betydelse. Utan jag har haft en öppenhet gentemot det.

Mjuka värden hanteras som något som är annorlunda än det behandlande hantverket, som lite tillspetsat kan uppfattas som att göra sjukt till friskt. ST-läkarna försvarar i sina berättelser mjuka värden och poängterar att det är något bra, vilket kan tolkas som en positionering mot värderingar som säger att mjuka värden inte är bra. Mjuka värden relateras i berättelserna till mötet med patienter och ligger nära begreppen social kompetens och empati. Detta är förmågor som ST-läkarna beskriver som viktiga och värdefulla. En ST-läkare beskriver arbetet med barn:

Här är det absolut viktigare med människor. Det är det. Att kunna lirka och låta folk komma fram efter hand. För folk gör det, kommer fram efter hand. Dom är, dom vågar inte så mycket i början men när man väl sitter och pratar med föräldrarna, dom sitter och studerar en och efterhand som tiden går så får man komma nära dom. Det funkar inte att kasta sig över dom. Direkt.

Fokus i arbetet ligger inte på sjukdomen utan på människorna som är sjuka. Läkarens arbete är en process, och den processen inbegriper ett samspel med patienter och anhöriga. En kvinnlig läkare använder begreppet ”detektivarbete” för att beskriva det hon gör när hon jobbar med en patients sjukdom:

Om man på jouten får till exempel en patient som har feber och har varit utomlands. Då har man ju liksom några grejer som man tänker på, det här ska jag fråga om, alltså det största jobbet gör man där. När man frågar ut dels hur dom mått och hur det har förändrats, hur dom har mått och hur dom har ätit och vad dom har ätit, alltså massa, så det är ju en blandning av att ha erfarenhet och ha träffat en massa. Sådana här patienter förut, så alltså, men också vara påläst och kunnig, att är det malaria jag tänker på ska jag fråga om dom här och dom här grejerna.

Fokus i berättelserna ligger på själva processen i arbetet. ST-läkaren beskriver det som att den största delen av arbetet är den undersökande delen där man ringar in olika sjukdomsorsaker genom att samspela med patienten. Fokus på vad arbetet handlar om, i berättelsen, ligger inte på att bota sjukdomen utan på vägen dit, i processen som gör en behandling möjlig. ST-läkare som beskriver processer betonar pedagogik, socialt samspel och arbetet med att urskilja patienter i grupper utifrån en referensram som byggts upp under lång tid. En ST-läkare beskriver det pedagogiska arbetet med patienter:

Försöka förklara för folk hur en sjukdom funkar, man förenklar det och försöker göra det begripligt, man förklarar hur en sjukdom funkar och varför det blir som det blir. Och hur medicinen ska kunna förbättra eller varför en medicin inte kan förbättra det. Visst, det är mycket så. Och mycket pedagogik i det och bitvis är det ganska avancerade saker vi har i bakgrunden, det är ju komplexa skeenden som man då försöker förenkla till en ganska basal nivå, och det är ganska kul när det funkar.

Arbetet handlar om att nå fram till patienten i kommunikationen mellan läkare och patient. ST-läkaren beskriver inte sitt arbete som att han jobbar med sjukdomen utan med patienten. Att lyckas med arbetet innebär en fungerande process i mottagningsrummet. Mötet med

människor beskrivs som behållningen av yrket, men också som det som är jobbigt med arbetet. En läkare som beskriver sitt arbete som processer säger:

Ortopederna är ofta duktiga på att ta tag i en sak och inte diskutera något annat, här pratar vi om knäet och inget annat. Det kan man på sätt och vis bli lite avundsjuk på, eftersom vi har ju ändå hela människor och hela bilder att arbeta med.

Samspel med patienter beskrivs som både behållningen av yrket och som komplicerande faktorer. Hela människor anses i ST-läkarnas berättelser vara svårare och mer komplicerade att arbeta med och också svårare att utvärdera. Det finns en antydning i intervjumaterialet till att ST-läkarna anser att själva åstadkommandet av resultat i en läkares arbete ligger närmre det som en läkare "bör" göra. Arbete genom patientkontakt och socialt samspel är inte det grundläggande arbetet för läkare utan något som är en följd av att en stor mängd patienter har sjukdomar som är av den arten att de inte kan klassificeras eller behandlas som friska eller sjuka.

Processer, resultat och olika läkare

I det ST-läkarna berättar som kan tolkas som processinriktat eller resultatnriktat arbete finns värderingar och positioneringar mot och till grupper. Olika sorters läkare uppges vara på olika sätt. En manlig läkare pratar om kvinnliga läkare:

Att de är om man ska generalisera kan man väl säga, bättre på att, den mer empatiska kompetensen så att säga, än vad män är. Men det är ju också olika. Självt personligen så är jag nog mer åt det kvinnliga hållet där. Att jag kan gärna ta åt mig när jag hör en patients berättelse och tänka att det här måste vi ju lösa och hjälpa patienten med.

Kvinnliga ST-läkare framställs i detta exempel som att de har mer fokus på patienten och tar åt sig mer av patienternas berättelser och engagerar sig personligen. Det som beskrivs som kvinnligt är i sig en motsats till manliga egenskaper. En manlig läkare skulle då ha mindre fokus på patienten, vara mindre empatisk och engagera sig mindre personligt. En kvinnlig ST-läkare berättar om hur det är att vara kvinna och ST-läkare:

Men det där är svårt, för att komma som kvinna och fortfarande hyfsat ung så måste man ju vara lite kompis med personalen och prata om lite såna saker för att få acceptans och så samtidigt när man går ronden måste man vara väldigt auktoritär och säga att den här måste du ringa och, man är arbetsledare, så det är, det är, mm.

ST-läkaren berättar om upplevelsen av att ha förväntningar på sig om att vara mer kompis med personalen och mer personlig än manliga läkare och samtidigt tvingas bevisa sin auktoritet. Detta blir ett moment tjugotvå där den kvinnliga läkaren beskriver en förväntan om att vara på ett visst sätt, samtidigt som handlande i samstämmighet med denna förväntan tvingar ST-läkaren att bevisa att hon har egenskaper som är motsatta mot de förväntade egenskaperna. Den kvinnliga ST-läkaren förväntas alltså vara kompis med personalen samtidigt som hon måste visa auktoritet. Det kvinnliga sättet att vara ST-läkare beskrivs inte som ett alternativ till det manliga sättet, utan kvinnliga ST-läkare måste leva upp till både föreställningarna om den mjuka kvinnliga och den hårda manliga ST-läkaren. Det finns ingenting i ST-läkarnas berättelser som handlar om att manliga ST-läkare på grund av sitt kön känner sig tvingad att uppträda på ett visst sätt. En manlig läkare på kirurgen säger:

Jag gillar att jobba bland kirurger, det är raka rör. Bestämda. Tar för sig. Det är kul att jobba med sådana människor. Men visst, kirurgi har varit mansyrke men nu är det mer femtio, femtio bland dom yngre. Överläkarna är fortfarande män, utom en kvinna som är den yngsta överläkaren.

Kirurgi beskrivs som specialisering för främst män, även om könsfördelningen är mer jämn nu än förr i tiden. Män på kirurgen beskrivs som bestämda och handlingskraftiga. I berättelserna om kirurger berättar ST-läkarna inte om mjuka värden utan om hårda armbågar, karriärfokus, fåstaviga uttalanden, arbetsvilja och machoideal. Dessa beskrivningar av kirurgi kan kopplas mer till resultatnriktat fokus på arbete. Specialiteter som utifrån berättelserna kan tolkas som mer processinriktade är till exempel: infektionssjukdomar och psykiatri medan till exempel internmedicin kan tolkas som både resultatnriktat och processinriktat arbete.

ATT FÖRHÅLLA SIG TILL ETT KRÄVANDE ARBETE

Inåtriktad anpassning: att anpassa sig själv efter belastningen

ST-läkarna i undersökningen beskriver olika problem och stressorer i sin arbetssituation som sägs skapa belastning. Olika läkare beskriver olika sätt att hantera denna belastning och olika orsaker till den. Berättelserna om belastning handlar ofta om organisationen, kliniken eller ledarskapet, vilka beskrivs som orsaken till att ST-läkaren förväntas utföra mycket arbete på lite tid. En ST-läkare säger:

Det är oftast inte läkarnas fel att det inte finns tid, bara tio minuter per patient och stressigt, utan det är organisatoriska fel att man bara har tio minuter. Det uppstår på högre nivå så det skulle kunna vara annorlunda men det finns inget att göra.

Belastningen i arbetet är något som i denna berättelse beskrivs som stående utanför ST-läkaren. ST-läkaren skiljer sig själv från belastningen och säger sig inte delta i belastningens utformning eller mängd. I berättelserna om belastning berättas också om svåra patienter, svårösta medicinska problem och en ökad mängd patienter i en sjukvård med allt mindre pengar. Arbetet upplevs konkurrera om tid med familjelivet. ST-läkarna upplever sig också tvingas splittra sin uppmärksamhet mellan många olika arbetsuppgifter. Det berättas om olika sätt att hantera arbetsbelastning.

Ja, man åker till andra kliniker för utbildning och så, kanske går några månader eller en termin eller så på en annan klinik och då kan man ju komma ifrån lite och då upplever man plötsligt det som väldigt skönt, att ha en fyrtiotimmars vecka. Eller så kan man bli förälder och bli barnledig, där finns ju lite, men när man kommer tillbaka blir det ju jourarbete.

Arbetsbelastningens mängd beskrivs i denna berättelse som oföränderlig. ST-läkaren kan på olika sätt komma undan den för ett kort tag men ST-läkaren tvingas återvända till belastningen förr eller senare. En annan ST-läkare beskriver hur läkare är som människor:

Vi är ju inga innovatörer liksom eller ja, det är vi kanske också men alltså, vi har ju pluggat i gymnasiet och pluggar man mycket så får man bra betyg. Och vi pluggade mycket under läkarlinjen och vi klarade av det. Men det är liksom en massa vi, tålmod, och så jobbade vi lite mer och så klarade vi det. Det var, så att det ligger lite grann i oss att bara vi springer lite snabbare så klarar vi också nästa uppgift

Läkare sägs i denna berättelse anpassa sig till belastning genom att springa fortare och jobba mer. Arbetsbelastning beskrivs som kommande utifrån och inte som något som läkaren har möjlighet att påverka. Det ST-läkaren upplever sig kunna påverka är sitt eget arbetstempo. Detta innebär en inåtriktad anpassning. ST-läkaren anpassar inte ”utåt”, det vill säga, han eller hon påverkar inte graden av arbetsbelastning utan sitt eget förhållningssätt till den befintliga belastningen. En annan ST-läkare beskriver arbetsbelastningen som stor men framhåller dess positiva sidor. Mycket övertid ger möjligheter att ta ut extra semester. ST-läkaren berättar dock att det ändå är jobbigt då det blir allt för mycket arbete. I den berättelsen ses också belastningen som omöjlig att påverka men läkaren kan förhålla sig olika till den. Genom att se de många arbetstimman som positiva upplevs de inte som belastande, förrän belastningen blir allt för stor.

ST-läkarna beskriver att en del av arbetsbelastningen består av att patienter läser på om det aktuella medicinska området på internet inför mötet med läkaren och argumenterar med läkaren om diagnos och val av behandling. ST-läkarna beskriver att patienterna inte sällan ställer orimliga krav, har missuppfattat informationen på internet eller saknar rätt referensram. Läkaren får större krav på sig att kunna mycket och ha bred kunskap, eftersom läkaren måste möta patientens krav och frågor och motivera sina egna val. I berättelserna talar ST-läkarna om problemet med den enorma kunskapsmassa som de förväntas behärska. Olika sätt att hantera detta beskrivs:

Det är väl därför man kan känna att man vill bli jättespecialist på ett område för då kan man lära sig jättemycket om denna biten som kanske är ganska smal, till exempel cancer som i och för sig finns massa kunskaper att hämta in men samtidigt är ganska begränsat område. Och då får man lov att känna att jag kan inte så mycket om resten, jag vet inte så mycket om tarmar och reumatiska sjukdomar och man behöver inte känna att man ska kunna det.

Genom att subspecialisera sig, det vill säga specialisera sig inom sin specialisering kan ST-läkaren koncentrera sig på ett smalare område och beskriver då en större möjlighet att hantera den kunskap som ST-läkaren förväntas behärska, eftersom han eller hon kan läsa ”djupt” istället för ”brett”. Genom att krympa sitt eget ansvars- och kunskapsområde minskas också det område ST-läkaren kan belastas för och ST-läkaren behöver inte heller splittra sin uppmärksamhet och sitt arbete mellan många olika områden. Man kan likna det med en kropp som utsätts för belysning och som minskar sitt omfång och sin yta för att på det sättet utsättas för färre antal ”ljusstrålar”. Belysningen i sig förändras dock inte. ST-läkaren tar inte del i att bestämma graden av belastning utan uppträder som om belastningen kommer utifrån och inte går att styra. Subspecialisering beskrivs också ge större kontroll över patientmötet då läkaren har större möjlighet att ha mer kunskap än patienten, eftersom läkaren bara förväntas kunna ett mindre kunskapsområde. Subspecialisering kan också vara ett sätt att inom en klinik som upplevs som kaotisk och krävande skapa en egen enhet. Läkaren tillverkar, inom enheten, kliniken, en subenhet genom sin subspecialisering och i denna subenhet upplever sig ST-läkaren ha större möjligheter att påverka sin arbetssituation.

Utåtriktad anpassning: att påverka belastningen

Alla ST-läkarna berättar om stor arbetsbelastning och en upplevelse av detta som tyngande och stressande. En ST-läkare pratar om att jobba över eller att inte jobba över:

Jag tror att det där med att gå hem klockan fem det måste man bestämma sig för själv, ibland måste man stanna. Om någon patient blir dålig, om du behövs där, det händer ju att jag också stannar så klart.

ST-läkaren lyfter fram sin egen möjlighet att påverka arbetsbelastningen. Istället för att springa mer eller jobba hårdare markerar ST-läkaren en gräns gentemot belastningen och anpassar belastningen istället för sig själv. Detta är en utåtriktad anpassning där läkaren ger en beskrivning av att förändra arbetsförhållanden snarare än sig själv och sitt arbete. Denna ”gräns” som ST-läkaren gör gentemot belastningen, som innebär att ST-läkaren sätter en gräns för hur mycket belastning som är acceptabel innebär också att ST-läkaren mer beskriver sig själv som en del av belastningen och organisationen. Arbetsbelastningen är inte sänd

utifrån, från högre instanser, utan är en del av ST-läkaren vardag och arbete och ST-läkaren beskriver sig som delaktig i att reglera belastningen. En annan ST-läkare berättar:

Om jag bara känner att det här kan jag stå för, då har jag inga problem att säga att nej men det där kan jag inte ta på mig. Jag tror nog att jag är ganska bra på att så att säga sätta gränser och säga ifrån och sådär att nu orkar jag inte, och nu vill jag inte och nu ska jag gå hem. Jag vet inte varför jag är det. Jag känner nog att jag, jag är ganska rask på jobbet, jag får saker ur händerna, jag har inte så mycket högar liggande med saker som väntar. Jag brukar kunna jobba ganska snabbt och effektivt och sådär.

ST-läkaren beskriver att anledningen till att ST-läkaren anser sig kunna sätta gränser gentemot arbetsbelastningen är att ST-läkaren arbetar effektivt. Effektiviteten rättfärdigar ST-läkarens inblandning i bestämmandet av mängden arbete som ska utföras. ST-läkarens egenskap, att kunna jobba snabbt, påverkar jobbets och belastningens utformning. En annan ST-läkare pratar om sin personliga utveckling:

Jag har märkt att det finns stora fördelar med att införa begreppet val lite mer tajt hos mig så att säga. Gör man val och är medveten om det så behöver man inte bli offer för situationer och då tror jag det blir lite mindre frustration i livet. Och det här kan ju överföras i arbetssituationer. Vilka val gör jag på arbetsplatsen? Vad vill jag göra, vilka patienter vill jag träffa? Hur mycket arbete vill jag ha, vill jag välja bort vissa arbetsmoment för att jag inte hinner med?

I denna berättelse möter läkaren som privatperson organisationen och belastningen. ST-läkaren framhåller att förändringar som privatperson, att införa begreppet val i livet, har ökat möjligheten att ta del i reglerandet av arbetsbelastningen. Andra ST-läkare berättar att de för tillfället prioriterar familjelivet framför yrkeslivet, och säger att de senare kommer att prioritera yrkeslivet. De beskriver hur de för tillfället säger nej till arbetsuppgifter men att de kommer att i framtiden ta på sig mer arbete. ST-läkarens privatperson och privata beslut tar del i utformandet av arbetet och yrkesrollen. Genom att blanda in privatpersonen upplever ST-läkarna större möjlighet att påverka arbetssituationen. En annan ST-läkare berättar om en annan typ av engagemang i arbetet:

Ja, sen ett år tillbaka i Intresseföreningen för Sveriges unga läkare tillsammans med ... Det känns viktigt att säga ifrån, men det är svårt att få folk att engagera sig. Läkare går sin egen väg. Det är klassiskt för kåren.

ST-läkaren beskriver en strävan att få läkare att engagera sig för att läkare som grupp ska kunna påverka organisationen och hela sjukvårdens arbete. Genom att engagera sig i organisationen och arbeta med dessa frågor, ofta på privat tid, beskriver ST-läkaren en förhoppning om att kunna förbättra ST-läkares arbetsförhållande, som bland annat innebär att minska arbetsbelastningen. Läkarens privata engagemang beskrivs som en metod att förändra arbetets villkor, snarare än att anpassa sig som yrkesperson till en given mängd arbetsbelastning.

Belastning och olika grupper av läkare

Den främsta orsaken till belastning uppges i ST-läkarnas berättelser vara jour, helgarbete och krävande arbetsklimate med dålig organisation och ledning. Ingen ST-läkare framhåller skillnader mellan olika typer av patienter på olika kliniker som bidragande till olika grad av arbetsbelastning. De olika sätten att förhålla sig till arbetets krav knyts i ST-läkarnas berättelser till olika kategorier i form av specialiteter, kön, etnicitet och ålder. Dessa kategorier ges specifika innebörder och bidrar sannolikt till att organisera den egna identiteten. En ST-läkare berättar om sin egen klinik:

Våran klinik är ju en sådan lite lugnare klinik som passar för oss som har krav på oss att göra annat och ha familj och sådär. Medicin är ju en sån tung, kirurgi är ju en sån, tung som kräver att man jobbar mer.

Vissa kliniker antyds i denna berättelse vara jobbigare än andra. En annan ST-läkare jämför internmedicin och kirurgi:

Kirurgi är duktiga på att påverka. ... Ja, medan medicin bara får ta allt och går såhär med huvudet i marken. Orkar inte riktigt göra något. Det är jättetråkigt att det är så.

Klinikerna beskrivs som användare av olika sorters tekniker för att hantera och påverka sin belastning. I berättelserna framställs kirurgerna som drivna att påverka klinikens och sin egen situation, vilket är en utåtriktad anpassning medan internmedicinerna beskrivs som splittrade och som av olika anledningar oförmögna eller hindrade att påverka sin arbetsbelastning. De sägs härda ut och hitta sätt att anpassa sig själva, vilket är en inåtriktad anpassning.

Specialiteter som av andra beskrivs som mindre belastande är mindre kliniker utan krävande jourer. Det uppges i berättelserna arbeta olika typer av människor på olika typer av kliniker. En ST-läkare menar att det på de mindre krävande klinikerna arbetar människor med svenskt ursprung, främst kvinnor och på de mer tyngande klinikerna arbetar människor med utländskt ursprung, främst män. En ST-läkare berättar om varför vissa läkare väljer olika specialiteter:

Dom som inte fixar det söker sig nog inte till kirurgi, dom som redan under AT tycker det är jobbigt med jour.

Vissa läkare sägs klara av mer belastning och dessa söker sig till de mer belastande specialiteterna. Det finns i berättelserna föreställningar om att olika läkare är på olika sätt och därför har de valt vissa specialiteter. En ST-läkare berättar om ST-läkare med utländskt ursprung:

Vi har många läkare här särskilt från Irak och man märker ju att dom oftare tar på sig mer arbete, att dom är vana vid att jobba långa dagar och ta mycket jourer. Dom har den förväntningen mer på yrket än vad vi andra, yngre läkare har.

Läkare med utländskt ursprung beskrivs som mer vana vid att arbeta mycket och som aktiva i att ta stor del av arbetsbelastningen. Dessa läkare beskrivs inte dela andra yngre läkares värderingar vad gäller arbetsbelastning, utan sägs utgöra en egen grupp med specifika värderingar. Dessa värderingar uppges komma från läkarnas hemländer där de skolats i ett annat tänkande än läkare med svenskt ursprung. Skillnaden handlar främst om hur stor arbetsbelastning man förväntar sig och vill ha. En ST-läkare med svenskt ursprung menar att läkare med utländskt ursprung har andra hemförhållande med en fru eller man som tar hand om arbetet i hemmet, vilket ger läkare med utländskt ursprung större möjlighet att ta stor del

av arbetsbelastningen. ST-läkaren menar också att det anses vara finare i andra länder än Sverige att arbeta inom vissa specialiteter, till exempel internmedicin, och därför söker läkare med utländskt ursprung sig till denna specialitet i större utsträckning. En ST-läkare med utländskt ursprung som intervjuades säger att man i andra länder har en syn på läkare som innebär att läkare ska klara av en större arbetsbelastning än i Sverige. Detta innebär inte, enligt ST-läkaren, att ST-läkare med utländskt ursprung som arbetar i Sverige vill ta en större del av arbetsbelastningen. Vissa kliniker, menar ST-läkaren, är mer belastande och därför mindre åtråvärda för ST-läkare. ST-läkaren menar att det finns konkurrens mellan läkarna för att få vissa platser och att läkare med utländskt ursprung, i denna konkurrens, ofta hamnar på de mest belastande klinikerna.

Även kvinnliga och manliga ST-läkare skiljs ut i berättelserna om belastning:

Att det är just kvinnorna som har svårt att sätta gränser, för killarna kan ju vara minst lika ambitiösa. ... bland kvinnor, just att ta på sig mer och ja jo jag får väl försöka göra det också, sen att jag ska gå och hämta på dagis klockan tre samtidigt, jo, jag får väl försöka ändå.

ST-läkaren berättar att manliga ST-läkare är duktigare på att reglera arbetsbelastningen, utåtriktad anpassning, medan kvinnliga ST-läkare i större utsträckning reglerar sitt eget arbete, inåtriktad anpassning. Detta stämmer inte överens med hur kvinnliga och manliga ST-läkare i studien beskriver sitt eget arbete, snarare är förhållandet det motsatta. Kvinnliga ST-läkare har en tendens att berätta mer om utåtriktad anpassning medan manliga ST-läkare har en tendens att berätta mer om inåtriktad anpassning.

I ST-läkarnas berättelser finns en upplevd kritik från äldre läkare som menar att yngre läkare inte vill jobba lika mycket som de äldre gjorde, att yngre läkare prioriterar familj före arbetet och att yngre borde ta mer av arbetsbelastningen utan att beklaga sig. En ST-läkare säger:

Dom säger, det är många som säger så, när jag var ung då gick man jour hela helgen och, jag var kvar till klockan åtta på sjukhuset. Men ofta hade dom ju en hemmafru eller något. Så dom lever inte i dagens verklighet. Jag tror inte det är bra för patienten heller. Men dom har lite den där inställningen, inte alla men många då.

Äldre läkare sägs i denna berättelse leva i en annan verklighet än dagens. ST-läkare sägs ha andra levnadsförhållande än äldre läkare hade och detta innebär att ST-läkarna idag är och måste vara en annan sorts läkare. Förhållanden runt yrket, själva samhället, har förändrats och det förändrar läkarrollen.

Äldre läkare beskrivs anpassa sig till arbetsbelastningen genom att anpassa sig inåt, genom att arbeta mer, medan yngre läkare i större utsträckning vill förändra arbetsbelastningen, utåtriktad anpassning. ST-läkarna berättar också att äldre läkare har definierat belastning och att den graden av belastning inte längre är rimlig eller ens effektiv, eftersom patienterna uppges må dåligt av att möta utarbetade ST-läkare.

FÖLJDER AV FÖRHÅLLNINGSSÄTT: EXEMPLEN ANNA OCH PELLE

Anna och Pelle är två ST-läkare i undersökningen som egentligen heter något annat. Dom berättar både om två fenomen som i denna undersökning kallas risken att göra fel samt empati och socialt samspel. Pelle och Anna förhåller sig olika till dessa fenomen utifrån de två ovan angivna kategorierna, process- och resultatfokus samt inåtriktad och utåtriktad anpassning. Risken att göra fel är en form av arbetsbelastning där ST-läkarna beskriver detta fenomen som en ständigt närvarande fågel på axeln som påverkar arbetet och graden av stress och oro. Samtliga läkare i studien framhåller att mjuka värden, empati och social förmåga är en viktig del av läkaryrket. Vissa ST-läkare berättar om empati och socialt samspel som en del av yrket medan andra beskriver det som förväntningar från dem själva eller andra om ett visst uppträdande.

Anna

Anna berättar om hur rädslan och risken för att göra fel är ett ständigt närvarande fenomen i hennes vardag.

Det är en del patienter som är sådana att om man gör fel leder det till en Hosananmälning, om man argumenterar emot eller så. Men jag tror ju helt klart att man har möjlighet att påverka det där som doktor, helt klart. Det ligger ju på patienten också, men en sån patient känner man ju på första minuten att det här kommer att bli problem. Jag tror ju att man absolut har möjlighet att påverka den patientgruppen, sen måste man

se sina egna begränsningar också man kan ju vara hur bra som helst på att bemöta men det finns en grupp som kommer att skicka anmälningar till Hosan hur som helst. Man kan påverka det till viss grad men mycket ligger också på patienten.

Anna beskriver följderna av att göra misstag som allvarliga då patienter och även sjukvården kan anmäla henne till hälso- och sjukvårdsnämnden. Läkaren blir då personligt ansvarig och riskerar personlig bestraffning, som till exempel avstängning från yrkesutövandet. Misstag beskrivs av Anna som processinriktade. Det handlar om situationer i patientkontakten eller delar av arbetsprocessen som går fel. Anna fokuserar inte på resultatet av behandlingar, så kallade felbehandling. Hon säger också att över åttio procent av alla anmälningar mot läkare handlar om bemötandet av patienter. Annas säger att hennes sätt att hantera belastningen som risken för att göra fel innebär är att vara noggrann, låta patientmöten ta tid och göra om sitt arbete flera gånger tills hon är säker på att hon inte gjort några misstag. Hon lägger ner mycket tid för att undvika situationer där hon kan bli anmäld och känner sig ofta stressad av möjligheten att hon i något sammanhang gjort ett fel som hon inte uppmärksammat. Detta kan ses som en form av inåtriktad anpassning. Risken att göra fel finns kvar och ST-läkaren anpassar sig till den genom att arbeta på ett visst sätt, nämligen att upprepa arbetsprocedurer till hon känner sig säker. Anna pratar även om empati och socialt samspel:

Jag menar inte att man, absolut inte, att man ska dela med sig av sin personlighet eller, sitt, förlåt, privatlivet för att vara öppen, men man kan vara öppet intresserad. Det tror jag. Är man inte intresserad eller känner patienten att doktorn inte är intresserad då tror jag att det är svårt att få fram den där information som det är dom söker för eller vad som har hänt liksom.

I berättelsen framställs kontakten med patienten som ett sätt att få processen med patienten att fungera och nå den eftersökta informationen som krävs för det framtida arbetet. Empati och socialt samspel beskrivs alltså som en nödvändig del av arbetsprocessen. Anna beskriver även hur hon i patientmötet får feedback på sitt arbete genom att patienterna berättar för henne vad de tänker och tycker. Feedback sker alltså som en del av det sociala samspelet. Anna berättar om hur hon utvecklats som läkare:

Ja. Det är ju det här med, vad är det, att lindra och trösta och eventuellt bota. Men mycket av lindrandet och tröstandet kanske man gör utan att man vet vad det är man gör. Det kanske inte sker genom läkemedel utan det sker genom ett annat sätt, bara genom att det här mötet med patienten. Och det är ju inget man lär sig i en handvändning, det är det ju inte, men det är ju ändå något som kommer lite mer med tiden.

Anna menar att hon har utvecklat förmågan till empati som en del av sin utveckling som läkare och kanske också människa. Empati och socialt samspel ses som verktyg som underlättar arbetet. Anna talar om empati och socialt samspel som en självklarhet och hon beskriver inte dessa fenomen som någon annans förväntan om hur läkare ska vara. Empati och socialt samspel har hos Anna blivit en del av hennes arbetssätt som underlättar arbetet och minskar belastningen.

Pelle

Även Pelle berättar om risken att göra fel.

Det kan ju hända att man gör fel, att en operation går fel, det händer ju med jämna mellanrum. Jag tänker inte på det där. Man måste lita på sig själv.

Pelle har en mer resultatnriktad syn på misstag som innebär att operationer går fel, resultatet av ett ingrepp bli inte det önskvärda. Hos Pelle kan vi dock hitta ett annat sätt att hantera denna belastning.

...en känsla ja, en intuition som man har där man vet vilka som, vilka patienter som det är allvarligt med och liksom känna. Det är en tränings sak som äldre läkare kan och som gör att man kan bedöma den där och den där liksom.

Pelle upprepar inte sina arbetsprocedurer för att bli av med rädslan för risken att göra fel utan lutar istället på vad han kallar intuition vilket beskrivs som en känsla av att veta att ens egen bedömning är korrekt. Detta innebär en förmåga att på ett känslomässigt plan utvärdera sina insatser och sin bedömning vilket minskar rädslan för att göra fel och då också minskar

belastningen som denna rädsla innebär. Detta kan tolkas som en utåtriktad anpassning där Pelle påverkar graden av belastning. Intuition sägs också öka med erfarenhet och äldre läkare sägs ha mer intuition vilket då alltså gör dem mindre känsliga för rädslan som risken att göra fel innebär. Även Pelle pratar om empati och socialt samspel.

Och det är ju inte så att bara för att vi är läkare så är vi inte empatiska. Utan det står ju inte skrivet läkare i pannan, om man inte är empatisk

Pelle positionerar sig mot en upplevd förväntan av att läkare inte är empatiska. Han betonar att läkare är och ska vara empatiska. Pelle säger också:

Jag är en person som går närmare medan andra kanske håller sig mer på avstånd, följer strikt rutiner och kan inte tänka sig att göra avsteg från det för att hjälpa patienten. Medans jag tycker att man kan gå närmare. Men sen tar det ju energi också. Både tidsmässigt och känslomässigt.

I Pelles berättelse framställs empati och socialt samspel inte som nödvändiga delar av arbetet utan något som är kostsam i form av känslomässig energi och tid. Närhet kopplas i Pelles berättelser samman med att vara flexibel i förhållande till patienten. Läkare bör vara nära patienter och visa förståelse för dem. Pelle skiljer det sociala samspelet med patienten från det som han ser som det faktiska arbetet, att nå resultat genom ingrepp och insatser. Pelle beskriver hur han får feedback från patienter genom andrahandskällor, då patienter söker sig till andra läkare eller då sjuksköterskor berättar för läkaren att patienten undrat vad läkaren menade. Pelle upplever en förväntan om att vara empatisk som läkare och han säger att han tycker denna förväntan är bra. Förväntan om empati och socialt samspel upplevs dock som kostsam för Pelle, det tar energi och är inte primärt en del av arbetet. Pelle upplever förväntan om empati och socialt samspel som belastning och försöker anpassa sig till denna förväntan genom att agera mer empatiskt även om han inte säger sig tagit till sig empati och socialt samspel som en arbetsmetod. Han anpassar sitt eget arbete snarare än betydelsen av fenomenet empati och socialt samspel och dess relation till hans arbete.

Intuition, empati och äldre läkare

Pelles syn på fenomenet intuition är att det är en förmåga som utvecklas med tiden och något som äldre läkare är bättre på än yngre. Varken Anna eller Pelle framhåller att äldre läkare är bättre på empati och socialt samspel än yngre. En annan ST-läkare i studien säger:

Men generellt sett så är det lättare att peka på sådana som man inte vill ta efter, det har ju blivit mer tydligt när man sett sånt uppträdande, att det tänker jag inte lägga mig till med, när man får komma ibland och städa upp efter att överläkaren försvunnit.

ST-läkaren beskriver en förväntan om att som äldre läkare själva uppträda på ett annat sätt än hur de äldre läkarna beskrivs uppträda nu och som överläkare själv lägga större vikt vid empati och socialt samspel. En annan ST-läkare menar att unga läkare kommer att förändras när de blir äldre och bli som de äldre läkarna är nu, det vill säga mindre empatiska och socialt samspelta med patienter och övrig personal. I denna syn finns också en positiv förväntan då äldre läkare beskrivs som mer kunniga, mer intuitiva i sitt arbete, lugnare i ledarrollen, mer kapabla att hantera stress och stor arbetsbelastning och som kunskapsbanker som annan sjukvårdspersonal kan och får utnyttja.

Då ST-läkare i studien sa sig använda förebilder för att utveckla sin egen yrkesroll uppgav de inte en enstaka läkare som imitationsobjekt, utan istället sa de sig använda många olika läkare där man sa sig plocka lite från var och en. Denna imitation handlade enligt ST-läkarna om medicinska och organisatoriska frågor och inte om patientkontakt eller empati. Utvecklandet av empati och social förmåga beskrevs av Anna inte som något man lär sig av äldre läkare utan som utveckling som privat- och yrkesperson. En annan ST-läkare betonar utveckling som privatperson:

Men som sagt även det som kanske rört rent privata saker för min del har det ju ändå hjälp mig att sätta fokus på viktiga saker i jobbet, och sålla bort saker som kanske just nu är mindre viktigt.

En ST-läkare menar att empati är en medfödd förmåga medan en annan ST-läkare säger att det handlar om en färdighet som kan tränas:

Det finns ju kurser för det alltså. Vi hade lite grann på läkarutbildningen. Vi videofilmade varandra när vi träffade patienter så var det någon som tittade och så fick vi kommentarer och du vet, vi diskuterade. Men egentligen så har man ju inte, jag hade inte så där jättemycket av det då. Så det är sånt man får lära sig då, då. En del har ju lättare än andra från början men jag tror ju att alla kan träna upp det där.

Empati återges i denna berättelse som en färdighet som man kan utöva och lära in. Kvalitativ utveckling som människa betonas inte utan snarare beskrivs empati som en färdighet bland andra. Det finns alltså tre olika förklaringsmodeller i ST-läkarnas historier om hur man som läkare blir empatisk. Dessa är utveckling som privat- eller yrkesperson, medfödd förmåga och medveten färdighetsträning. Ingen av dessa förklaringsmodeller tar, till skillnad från utvecklingen av medicinska kunskaper och intuition, fasta på äldre läkares förmåga och kunskap. Istället beskriver ST-läkarna andra vägar till empati och en förmåga till socialt samspel.

REDOVISNING AV ENKÄTEN

Enkätens fem frågor återges var för sig. Etiketteringen och fördelningen av svaren på varje fråga redovisas i en tabell som följs av en beskrivande text. Totalt besvarade tjugunio av femtiotvå ST-läkare enkäten, sexton kvinnor och tretton män.

Tabell 1. *Hur skulle du beskriva en ”idealläkare”? Vilka kvaliteter kännetecknar en sådan?*

	Kvinnor	Män	Totalt
Medicinska kunskaper	11	9	20
Mellanmänskliga förmågor och empati	9	9	18
Ödmjuk	4	4	8
Utveckling	3	5	8
Effektiv	2	5	7
Trygg	4	1	5
Kan sätta gränser	4	0	4
Ledarförmåga	1	1	2
Inget svar	5	2	7

Medicinska kunskaper innebär att läkaren har goda medicinska kunskaper och förmåga att använda dessa. Mellanmänskliga förmågor och empati innebär att läkaren är fokuserad på patienten och kollegor och deras behov och signaler, och kan skapa sociala kontakter. Läkaren är empatisk. Exempel: ”En läkare som är fokuserad på patienten i själva patientmötet.” Ödmjuk innebär att läkaren är ödmjuk inför sin kunskap och inför sin möjlighet att hjälpa patienten. Läkaren är också professionell i sitt arbete. Utveckling innebär att läkaren utvecklar sin egen eller andras kunskap eller organisationen. Exempel: ”Att hitta vägar för att utveckla verksamheten.” Effektiv innebär att läkaren kan arbeta snabbt och prestera mycket arbete av god kvalitet. Trygg innebär att läkaren är trygg och nöjd som person. Exempel: ”Kunna bära oron, ångesten, det vill säga avlasta patienten.” Sätta gränser innebär att läkaren kan säga ifrån när det behövs. Ledare innebär att läkaren är duktig på att leda arbetet.

Tabell 2. Vad gör dig till en bra läkare?

	Kvinnor	Män	Totalt
Mellanmänskliga förmågor och empati	11	10	21
Medicinsk/hantverksmässig kompetens	6	5	11
Effektiv/ inre drivkraft	3	6	9
Arbetsglädje	6	3	9
Utvecklingsbenägen	3	3	6
Nätverk	2	3	5
Ödmjuk	3	1	4
Inget svar	3	1	4

Mellanmänskliga förmågor och empati innebär att läkaren anser sig vara empatisk, socialt kompetent och duktig på social interaktion. Detta visar sig i mötet med patienter. Exempel: ”social talang”. Medicinsk/ hantverksmässig kompetens handlar om att läkaren anser sig ha ett brett och/ eller djupt medicinsk kunnande och en förmåga att applicera denna kunskap i det dagliga arbetet. Effektiv/ inre drivkraft handlar om att läkaren ser sig själv som driven, ambitiös och som att hon eller han har en stor förmåga att göra ett bra jobb och att arbeta mycket och länge. Arbetsglädje handlar om att läkaren uppskattar sitt arbete och är glad och positiv på jobbet. Utvecklingsbenägen innebär att läkaren anser sig vilja och kunna ta till sig

ny kunskap och kunna förändra sina arbetsmetoder och sitt förhållande till yrket. Nätverk innebär att läkaren anser sig ha ett nätverk av läkare och/ eller annan personal som antingen kan stötta läkaren vid behov eller bidra med medicinskt kunnande. Ödmjuk innebär att läkaren är ödmjuk inför sin egen förmåga och inte rädd för att erkänna misslyckande, svårigheter och problem för patienter och kollegor, utan istället tar hjälp av kollegor då han eller hon stöter på problem.

Tabell 3. *Hur har du lärt dig/ fått tillgång till dessa kvaliteter?*

	Kvinnor	Män	Totalt
Medfödd förmåga	5	4	9
Omgivning	5	4	9
Utveckling i yrkesrollen	3	5	8
Utveckling i privatlivet	1	1	2
Inget svar eller vet ej	4	7	11

Medfödd förmåga innebär att läkarens professionella kvaliteter kommer från läkaren som privatperson och att dessa kvaliteter inte utvecklats genom specifika händelser eller sammanhang. Exempel: ”Det ligger kanske i min natur att alltid försöka göra mitt bästa”. Omgivning innebär att arbetsplatsen, kollegor och handledare har stöttat och hjälpt läkaren vilket har fått henne att utveckla positiva kvaliteter. Utveckling i yrkesrollen innebär att läkaren utvecklats som läkare och lärt sig att utföra sina arbetsuppgifter på ett visst sätt, till exempel genom att diskutera med kollegor, gå på kurser eller att praktisera yrket. Exempel: ”Rutiner genom åren”. Utveckling i privatlivet innebär att läkaren har förändrats i privatlivet och lärt sig saker som förändrat henne i det professionella arbetet.

Tabell 4. Vad är det svåraste/ jobbigaste i din arbetssituation just nu

	Kvinnor	Män	Totalt
Arbetsmängd	5	6	11
Handledning och utbildning	3	7	10
Organisatoriska problem	4	3	7
Bristande uppskattning	3	1	4
Ansvar	2	0	2
Inget svar	3	2	5

Arbetsmängd innebär svar som handlar om en upplevelse av att ha för mycket arbete att göra, att tvingas arbeta långa dagar och helger och svårighet att kombinera arbete och fritid. Exempel: "Arbetsstyngd". Handledning och utbildning handlar om en upplevelse av att ha för lite tid till studier och handledning och för lite tid att fördjupa sig i patientfall och medicinsk kunskap men även svårigheter med att planera och genomföra ST-utbildningen. Organisatoriska problem handlar om en upplevelse av bristande schemaläggning, bristande ledning, svårighet att förutse hur framtida arbetsförhållanden kommer att bli på grund av förändringar, och små möjligheter att påverka organisationen. Exempel: "Dåligt schema, en vecka blir aldrig som veckan innan". Bristande uppskattning handlar om att inte få uppskattning för utfört arbete, att inte synas och om att inte få stöd från den egna och andra yrkeskategorier. Ansvar handlar om en upplevelse av att tvingas ta för mycket ansvar.

Tabell 5. Hur hanterar du det (och hur har du lärt dig göra på det sättet)?

	Kvinnor	Män	Totalt
Stå ut	6	4	10
Sätta gränser	5	3	8
Struktur	3	5	8
Söka stöd	3	1	4
Se positivt på arbetet	2	0	2
Inget svar	4	2	6

Stå ut handlar om att arbeta hårdare, att stå ut och att kämpa. Exempel: "Jag biter ihop, hårdar ut och ser fram emot när jag slutar på kliniken." Sätta gränser handlar om att säga nej till

arbetsuppgifter och sätta gränser gentemot organisationen och förändra organisationen. Struktur handlar istället om att strukturera sitt eget arbete annorlunda snarare än att ändra arbetets förutsättningar. Söka stöd handlar om att prata med vänner, familj eller kollegor. Se positivt på arbetet handlar om att poängtera positiva saker i arbetet, trots att det är svårt och jobbigt.

Sammanfattning av enkätsvaren

En idealläkare ska enligt enkätsvaren ha bra medicinska kunskaper, god patientkontakt och social förmåga samt vara ödmjuk och utvecklas. Det som gör ST-läkarna själva till bra läkare är främst empati och social förmåga samt medicinsk och hantverksmässig kompetens. En skillnad mellan idealläkare och ST-läkarna själva är att ST-läkaren hos sig själva i mindre grad betonar medicinska kunskaper. Bilden av idealläkaren och den egna läkarrollen överensstämmer annars väl vilket pekar mot att idealbilden inte upplevs som skild från den egna läkarrollen. Svar om ödmjukhet, effektivitet och utveckling finns med i båda svarsgrupperna. En skillnad är att ST-läkarna för en idealläkare anger svar som handlar om att hantera belastning i arbetet, trygg och sätta gränser samt att de anger ledarskap. För den egna läkarrollen anges istället nätverk och arbetsglädje. Förmågorna som ST-läkarna till bra läkare har de främst erhållit genom medfödda förmågor, från omgivningen på arbetsplatsen och genom utveckling i arbetslivet. Arbetsmängd, bristande tid till handledning och utbildning samt organisatoriska problem anges som det svåraste och jobbigaste i arbetssituationen. De flesta av ST-läkarna löser sina problem genom att stå ut med problemen, sätta gränser mot belastningen och förändra den eller att ändra på sig själv och strukturen i sitt eget arbete.

JÄMFÖRELSE AV ENKÄT- OCH INTERVJUSVAR

Enkätsvarens betoning på att en läkare ska vara empatisk och ha social förmåga stämmer väl överens med Pelles och Annas beskrivning av empati och social förmåga som centrala för läkare. Inga svar förkommer bland "idealsvaren" eller "bra läkare" som anger förmågan intuition som viktig för läkare, vilket är en förmåga som Pelle beskriver att äldre läkare utvecklat för att hantera risken att göra fel i arbetet. Detta kan antyda att ST-läkare generellt inte använder sig av detta begrepp för att beskriva sin praktik. Det är också möjligt att tänka sig intuition som "tyst kunskap" som inte finns med i den identitetsbild ST-läkarna visar upp i enkätsvar men som dyker upp i en intervju där svar kan fördjupas med följdfrågor och tysta

fenomen kan kläs i ord. Etiketteringarna medicinska kunskaper och mellanmänskliga förmågor och empati kan ses som ett uttryck för resultat- respektive processinriktat tänkande. Den läkare som är duktig medicinskt är bra på att genomföra arbetet och få resultat medan den som är empatisk och social är bra på att genomföra processer i patientmötet. Det faktum att majoriteten av ST-läkarna betonar empati och socialt samspel motsäger inte kategoriseringen om man kopplar detta till intervjuanalysens uppdelning i olika sätt att förstå och beskriva dessa fenomen. Vissa ST-läkare, som Anna ser empati som en tillgång i arbetet medan andra, som Pelle ser det som ett etiskt ställningstagande som egentligen ökar belastningen i arbetet men som ändå bör tillhöra läkarprofessionens identitet. Detta skulle innebära att ST-läkarna har en bild av idealläkaren som antingen resultat- eller både resultat- och processinriktad medan de själva ser sig som mer processinriktade eller både process- och resultat-riktade. Bilden av idealläkaren kan tolkas som någon form av konsensus inom läkarkåren för vad en läkare är. Skillnaden mellan idealläkaren och ST-läkarna själva kan då ses som att ST-läkarna i sin identitetsutveckling är på väg att utvecklas åt ett annat håll än mot bilden av idealläkaren. Detta skulle antyda en förändring av den generella läkaridentiteten inom professionen. Denna tolkning motsägs av att ST-läkarna ger många olika svar i sin bild av idealläkaren vilket talar mot en gemensam bild av en idealläkare. De övriga likheterna mellan idealläkaren och de egna egenskaperna antyder också att ST-läkarnas bild av idealläkaren till stor del överensstämmer med den egna utvecklingen. Även uppdelningen av medicinsk kunskap och social förmåga och empati och kopplingen till resultat- och processinriktning är vansklig eftersom enkätsvaren inte förklaras eller utvecklas. Medicinsk kompetens skulle kunna ses som en tillgång i processen med patienten då en läkare med stor kunskap kan ägna större kraft åt sociala processer. Man kan också tänka sig att ST-läkarna ser medicinsk kompetens som en förmåga som utvecklas under lång tid, vilket gör att äldre läkare (idealläkare) har denna förmåga i högre utsträckning än de själva. Bland svaren förekommer ödmjuk vilket innebär att vara ödmjuk i förhållande till medicinsk kunskap snarare än till exempel identitetsrollen som professionell läkare. Detta visar på en tendens till ovilja att framhålla den egna medicinska kompetensen, även om detta beskrivs som viktigt för en idealläkare. Empati och social förmåga kan till skillnad från medicinsk kunskap vara något som ST-läkarna upplever sig ha hunnit bli duktiga på och som kan framställas som deras främsta epitet samtidigt som ödmjukheten bevaras. Även om uppdelningen i resultat- och processinriktat arbete inte är helt tydlig i enkätsvaren finns de båda synsätten väl

representerade i etiketterna medicinsk kompetens och mellanmännsliga förmågor och empati men även i en betoning av effektivitet. I enkätsvaren finns fokus utanför patientsituationen som inte till fullo har en motsvarighet i intervju svarens kategorier. ST-läkarna nämner i enkätsvaren förmågan att samspela med annan personal genom nätverk och ledarskap. Detta betonar själva yrkesutövandet som en social aktivitet snarare än som ett individuellt arbete. Dessa svar är dock underrepresenterade i enkäten vilket då även där ger en bild av ST-läkares syn på sig själva som individer i läkarrollen snarare än delar av kollektiv med gemensamma arbetssätt och synsätt.

ST-läkarna betonar i enkäten att de blivit bra läkare främst genom medfödda förmågor och utveckling på arbetsplatsen snarare än utveckling som privatperson. Detta är en annan bild än vad den ST-läkare ger som under rubriken Intuition, empati och äldre läkare menar att utvecklingen skett som privatperson vilket överförts på yrkeslivet. Pelles och Annas synsätt stämmer dock väl överens med enkätsvaren. Detta innebär en betoning av utveckling och inläring inom professionen snarare än överföringsprocesser mellan privata och professionella lärdomar och utveckling. Detta antyder en uppdelning av den privata och den professionella identiteten. I beskrivningen av belastning kopplas dock privatliv och arbetsliv samman under etiketten arbetsmängd där ST-läkarna säger sig ha svårt att kombinera långa arbetsdagar med till exempel familjeliv. Detta antyder en konflikt mellan en privat och en professionell sfär där man även kan läsa in en konflikt mellan två olika sorters identitetsarbete, ST-läkaren som yrkesperson och ST-läkaren som privatperson. I dessa respektive identiteter finns förväntningar om att en viss mängd tid skall avsättas till aktiviteter men förväntningarna är inte kompatibla med varandra. I övrigt handlar svaren om belastningen i enkäten om arbetsplatsrelaterade fenomen. Belastningen som beskrivs motsvaras väl av intervju svaren och även kategorierna angående ST-läkarnas sätt att hantera belastningen stämmer väl. Då ST-läkarna i enkäten anger att de står ut med belastningen eller ändrar sig själva och sin egen struktur kan detta kopplas till inåtriktad anpassning medan ST-läkarnas svar som anger att de sätter gränser och förändrar organisationen kan kopplas till utåtriktad anpassning.

SAMMANFATTNING AV RESULTAT

ST-läkarna berättar i intervjuerna och i enkätsvaren om sin egen identitetsbild genom berättelser och uttalande om sig själva eller andra grupper av läkare, patienter eller

medarbetare. ST-läkarna fokuserar i sina berättelser och i sina enkätsvar på olika delar av yrkesutövandet. Vissa pratar mer om sjukdomar och resultat av behandlingar medan andra mer framhåller arbetsprocessen och kontakten med patienter. Detta motsvaras i analysen av kategorin resultatnriktade respektive processinriktade läkare. Även arbetsbelastningen är framträdande i ST-läkarnas berättelser, och hur man förhåller sig till denna belastning som främst sägs härstamma från organisationen. Vissa ST-läkare talar om en belastning som man på olika sätt kan förhålla sig till men som man inte i sig kan förändra medan andra berättar om hur de påverkar graden av belastning genom att till exempel helt enkelt gå hem klockan fem. Detta motsvaras i analysen i kategorin inåtriktad respektive utåtriktad anpassning till belastning. Anna och Pelle berättar att en sorts belastning är risken att göra fel men de framställer detta begrepp olika. För Anna handlar misstag främst om fel i processen och i bemötandet av patienter och hon motverkar detta genom att vara noggrann och göra om arbetsrutinerna tills hon vet att hon inte gjort ett misstag, vilket ökar hennes upplevda grad av belastning. Pelle ser misstag som dåliga resultat, misslyckade ingrepp och operationer. Han hanterar detta genom intuition där han lärt sig känna efter hur en situation utvecklar sig eller om ett beslut är rätt, vilket minskar Pelles upplevelse av belastning. Anna och Pelle pratar också om empati och socialt samspel. Anna framställer detta som nödvändiga arbetsredskap som underlättar arbetet medan Pelle ser det som fenomen som är viktiga för läkare och som ska vara en del av praktiken men som i sig inte tillför något utan som i stället kostar energi.

DISKUSSION

Undersökningen syftar till att lyfta fram de berättelser som ST-läkare gör om sig själva, sin yrkesperson och sin yrkessituation och tolka detta som berättelser om identitet. Den övergripande frågeställningen är: hur beskriver ST-läkare sin yrkesidentitet? I resultatet visas hur ST-läkarna positionerar sig själva i förhållande till vad arbetet innebär och hur de förhåller sig till arbetets belastning. ST-läkarna visar sin syn på hur grupper av läkare förhåller sig till dessa begrepp vilket berättar om hur ST-läkarna själva positionerar sig gentemot dessa grupper och begrepp. I analysen används två kategorier för att ge en bild av ST-läkarnas berättelser. Indelningen i resultat- respektive processinriktade läkare anknyter till

Den kamp om status som Einarsdottir (1997) menar sker mellan olika grupper av läkare rörande frågorna om läkare ska diagnostisera, bota eller vårda och om det biomedicinska kunskapsparadigmet eller det psykologiska och sociala ska råda. Den andra kategorin, uppdelningen i inåtriktad- och utåtriktad anpassning anknyter till copingbegreppet (Folkman & Lazarus, 1984) och locus of control (Rotter, 1966). Identitet ses i föreliggande undersökning som ett deltagande, där olika individer tillåts olika grad av medverkan i olika identiteter (Lave & Wenger, 1995). Identiteter är inte heller stabila utan påverkas och omarbetas ständigt. Det pågår en förhandling om hur identiteter ska se ut och genom denna formar omgivningen individernas syn på sig själva (Alvesson & Willmott, 2002). Individer formar också sin egen identitet genom bland annat imitation (Ibarra, 1999) och identitetsarbete (Alvesson & Willmott, 2002). De identiteter en individ använder står i förhållande till och påverkar varandra. Bland annat påverkas en individs yrkesidentitet av den privata identiteten och den syn på arbete som livshistorian anger (Olesen, 2001). Även olika gruppers identiteter står i förhållande till varandra i ett maktförhållande (Lave & Wenger, 1995). Då ST-läkarna i undersökningen pratar om olika grupper kan detta ses som historier som talar om den egna identiteten och dess förhållande till upplevda andra identiteter. Kampen mellan och om identiteter förs bland annat genom att tillskriva olika grupper vissa egenskaper. Diskussionen om ST-läkares yrkesidentitet genomförs nedan under tre rubriker, att vara läkare, att orka och att hitta balans. Diskussionsdelen avslutas med generalisering och vidare forskning samt sammanfattning.

ATT VARA LÄKARE

ST-läkarna i studien strävar efter att bli mer fullvärdiga deltagare i sin identitet som läkare, lära sig mer som läkare och hitta en fungerande yrkesroll vilket kan sammanföras med Lave och Wengers (1995) begrepp legitimt perifert deltagande där individen strävar efter att ta sig in mot centrum av sin identitet. Vi har sett ovan hur ST-läkarna i sökandet efter en fungerande yrkesidentitet positionerar sig i förhållande till centrala begrepp. Vi kan se att denna positionering, detta identitetsarbete sker på två plan. ST-läkarna definierar sig själva och ST-läkarna definierar andra.

Alvesson & Willmott (2002) visar hur begränsande av tillgängliga diskurser kan fungera som en form av identitetsreglering. Flera av ST-läkarna berättar att kirurger oftare än andra läkare använder sig av begreppet "see one, do one, teach one". Detta är ett sätt att definiera

andra, nämligen kirurger. Begreppet innebär att man ska se en operation eller ett ingrepp en gång och sen kunna göra det och sen kunna lära ut det. Budskapet i detta begrepp är att man ska vara orädd och snabblärd och inte tveka inför ingrepp och operationer. Kirurger kan välja att ta till sig denna bild av kirurger och genom identitetsarbete göra det till en del av den egna identiteten eller försvara sig mot bilden. Beroende på hur kirurgen väljer så påverkar detta hur han eller hon ser på sitt arbete och hur han eller hon utför sitt arbete. Detta kan fungera självuppfyllande, då grupper av ST-läkare som beskrivs på ett visst sätt tar till sig denna beskrivning som en del av identiteten och agerar i enlighet med dessa beskrivningar. Beskrivningarna av gruppen visar sig då vara "sann" och förstärks ytterligare. Även de ST-läkarna som beskriver kirurger genom uttrycket "see one, do one, teach one" definierar sig själva. De är annorlunda än kirurgerna, vilket också innebär identitetsarbete och en etablering av en identitet. ST-läkarna ringar in hur de själva är och hur andra är och detta påverkar hur ST-läkarna ser på och utför sitt arbete.

ST-läkare är på väg att bli specialister. Detta kan ses som en rörelse inåt i identiteten då ST-läkarna vandrat från studenter, till AT-läkare, till ST-läkare och snart ska de ta det sista steget och röra sig närmre in mot centrum av identiteten. Då en ST-läkare berättar att samhället har förändrats från när de äldre läkarna läste medicin är detta ett slags identitetsarbete. ST-läkarna beskriver sig själva som annorlunda som grupp än äldre läkare och de säger att detta beror på att samhället har förändrats. Genom att skapa en ny ram, "samhället" (en diskurs), för identiteten läkare ändras också identiteten. Läkare blir i den nya ramen, i den nya scenen, något annat än tidigare, något som mer liknar de unga ST-läkarnas sätt att vara läkare. ST-läkarna avancerar på detta sätt inåt i identiteten läkare vilket ger makt. Lave och Wenger (1995) beskriver hur mästaren i mästare-lärlingsförhållandet också är perifer till identiteten eftersom identiteten förändrar sig över tid och lärlingarna tar över och blir mästare. Kanske är det nödvändigt att definiera en ny sorts läkare och en ny sorts sjukvård för att kunna vara "mer läkare" än de läkare som nu är överläkare? Detta resonemang kan sägas motsättas av att enkätsvaren för idealläkare i hög utsträckning liknar de svar som ST-läkarna anger för vad som gör att de själva är bra läkare. Detta skulle betyda att ST-läkarna faktiskt strävar efter att bli som de äldre läkarna och då inte skapa en ny läkaridentitet. Motsättningen kvarstår dock bara om man antar att ST-läkarnas bild av en idealläkare är identisk med deras bild av äldre läkare. Idealbilden kan också ses som de egenskaper ST-läkarna redan säger sig ha plus en förmåga till ledarskap trygghet och

möjlighet att sätta gränser, alltså en förmåga att hantera den upplevda belastningen. Detta skulle kunna innebära att bilden av idealläkaren är delvis skild från bilden av äldre läkare vilket stärker spekulationen om att ST-läkare är på väg att utveckla en egen läkaridentitet.

ST-läkarnas olika sätt att förhålla sig till centrala fenomen antyder att det finns olika sätt att vara och bli läkare. Hur kommer detta sig och hur förhåller sig dessa olika identiteter till varandra? Ett sätt att se dessa olika identiteter är som en faktisk uppdelning av synsätt, liknande den maktkamp som Einarsdottir (1997) beskriver. Olika diskurser står mot varandra och detta leder till att vissa läkare har högre status och andra har lägre. En del vinner och andra förlorar. Olika identiteter konkurrerar på detta sätt om att vara "mest läkare", eller med Lave och Wengers (1995) ord, om att bli mest centrala i läkaridentiteten och ta sig längst in på sin deltagarbana. Man kan likna detta med att en viss grupp får sitta längst fram i bussen i det fina sätet, och en annan grupp får sitta bakom och hänga över axeln. Genom att peka ut vissa läkare som specifika grupper så är de inte längre bara läkare utan en undergrupp till läkare. Man kan likna detta med att prata om ungdomar och invandrarungdomar, där icke-invandrarungdomar inte behöver identifieras som grupp eftersom ungdomar antas vara "svenskar" medan invandrarungdomar befinner sig längre bort från identiteten ungdomar. En sådan grupp som skiljs ut i ST-läkarnas berättelser är kvinnliga läkare. En kvinnlig ST-läkare i undersökningen berättar att hon måste vara både vänskaplig gentemot personalen och visa auktoritet. Hon har förväntningar på sig rörande uppträdande som kvinna vilket visar sig i att hon ska vara "mjuk" men måste samtidigt bevisa att hon klarar jobbet lika bra som en man. Detta påminner om den pendelrörelse som Eriksson (2003) visat där kvinnliga läkare tvingas pendla mellan en manlig läkaridentitet och en identitet som kvinna medan män är läkare i sin mansidentitet. Läkaridentiteten är mer oförenlig med en kvinnlig identitet än en manlig. Genom symboler görs kvinnliga läkare annorlunda än vanliga läkare som underförstått är män. Kvinnliga attribut synliggörs samtidigt som professionen beskrivs som könsneutral. Detta försvarar för kvinnliga läkare att bli centrala i identiteten läkare, i alla fall så länge de förknippas med kvinnlighet. Förhållandet kan också kopplas till den bild Lindgren (1992) ger av hur olika livssituation och hemförhållanden manliga och kvinnliga läkare har. Enligt Lindgren offerar kvinnliga läkare sin karriär för att ta hand om sin familj. I resultatet finns både i enkät- och intervju svaren kopplingar mellan förhållningssätt till yrket och till familjelivet. ST-läkarna säger sig till exempel inte satsa lika mycket på yrket för tillfället eftersom de satsar på sin familj. Om detta fenomen främst rör kvinnor eller män är svårt att

säga utifrån denna studie. Dyliga uttalanden finns i båda grupper. Manliga läkare har, enligt Lindgren, ofta en annan bakgrund än kvinnliga läkare vilket ger kvinnliga läkare sämre förutsättningar i den mansdominerade läkaridentiteten. Detta fenomen påträffas inte i undersökningen vilket inte säger att det inte skulle framkomma i andra undersökningar. De skillnader mellan män och kvinnor som betonas är snarare egenskaper än personlig bakgrund. Kvinnor antas vara mjuka och empatiska och män hårda och effektiva. Dessa attribueringar, vilket kan antas påverka identitetsbilder, kan i sig styra och förstärka uppdelningar mellan specialiteter, arbetsfördelning och förväntningar på ST-läkare. Läkare med utländskt ursprung berättas också om som en speciell grupp. Dessa ST-läkare sägs ha vissa önsknings- och egenskaper som rättfärdigar att de jobbar mer och hårdare än andra ST-läkare. Genom att skilja dem från ”vanliga” läkare kan dessa ST-läkare behandlas på ett annat sätt än andra läkare. Detta kan också fungera självuppfyllande. Då ST-läkare med utländskt ursprung måste jobba mer antar omgivningen att dessa ST-läkare vill och kan jobba mer.

Ett annat sätt att förklara de olika sätten att vara läkare är som en kamp mellan mer jämnstarka kombattanter där ingen tydlig hierarki är förutsatt. Grupper av läkare skiljer mer eller mindre frivilligt ut sig och försöker hitta sitt eget sätt att vara läkare. I undersökningen skildras både manliga läkare och kvinnliga läkare som bärare av olika egenskaper. En ST-läkare berättar att kvinnor är mer mjuka och empatiska medan en annan ST-läkare berättar att män beskrivs som mer bestämda. Det är möjligt att dessa två identiteter, manlig och kvinnlig ST-läkare, slåss om att ta så stor del av identiteten läkare som möjligt, och att bli det innebär att vara läkare. Man kan likna det vid två personer som sitter på samma säte i bussen och försöker ta så stor del av sätet som möjligt. I detta synsätt lyfts inte till exempel det kvinnliga fram som en underordnat identitet. Det stärks av att den kvinnliga empatin och förmågan till engagemang i patienter lyfts fram i berättelserna som viktiga och centrala egenskaper. Läkaryrket har tidigare varit ett mansdominerat yrke men håller nu på att bli ett kvinnodominerat yrke (Nordgren, 2000). Kanske leder den ökade mängden kvinnliga ST-läkare till att den ”kvinnliga ST-läkaridentiteten” och egenskaper förknippade med denna tar mer plats på sätet och blir mer allmänt gällande och central i identiteten ST-läkare?

Ett tredje sätt att se på de olika förhållningssätten till centrala begrepp är att se dem som olika identiteter som är skiljda åt och som inte konkurrerar om samma plats, samma säte i bussen. ST-läkarna i studien sitter på olika sidor av gången och åker med utan att bråka med varandra. Vissa ST-läkare betonar processer och andra betonar resultat. Idealläkaren beskrivs

i enkäten med egenskaper som påminner både om resultatnriktat och processnriktat arbete. Man kan tänka sig att ST-läkarna använder de olika förhållningssätten till viktiga fenomen och de upplevda skillnaderna för att hitta sin egen identitet och skapa sig en egen mening med arbetet och mål att sträva efter. Det gäller för ST-läkarna att hitta ett säte att sitta på, ett förhållningssätt till centrala begrepp och utvecklas i detta förhållningssätt. ST-läkarnas bilder av olikheter och olika synsätt kan tänkas vara vägmarken att orientera sig efter i sökandet efter den egna professionella identiteten.

ST-läkarna definierar inte bara andra i förhållande till centrala begrepp utan de definierar också sig själva till dessa centrala begrepp. Vad kan det tänkas få för följer att ST-läkarna definierar sig själva på ett visst sätt, till exempel som främst processnriktade eller resultatnriktade? En identitet innebär att vissa delar av den egna personen lyfts fram som viktiga. Detta innebär också att vissa saker inte lyfts fram. En ST-läkare som betonar sin förmåga till empati lyfter fram de tillfällena då han eller hon är empatisk men inte de tillfällena då ST-läkaren inte är empatisk. Det är rimligt att anta att de delar av det dagliga arbetet som inte ryms inom identiteten är svårare för individen att uppmärksamma och ta hänsyn till. Man kan tänka sig att det till exempel är svårt för en person som bor i Sverige men som starkt identifierar sig som chilensk flykting att se han eller hon till stor del faktiskt har anammat den svenska matkulturen, klädkulturen och det svenska språket. Identiteten är också relaterad till vissa värderingar vilket har betydelse för handlandet. En ST-läkare som är privat med sina patienter i en grupp där man anser att läkare ska vara personliga men inte privata blir kanske betraktad som en sämre läkare medan en som är personlig med sina patienter betraktas som en bättre läkare. Då ST-läkare ser sitt arbete som främst resultat- eller processnriktat kan man tänka sig att detta påverkar hur han eller hon arbetar med och ser på sina patienter. En ST-läkare berättade att de svåraste patienterna var de som kom till akuten utan någon synbar sjukdom men som talade om en upplevelse av till exempel huvudvärk eller ångest. ST-läkaren sa att det inte fanns något sjukvården kunde göra för dessa patienter. ST-läkaren sa att patienterna ville ha avlastning och att dessa patienter ofta blev symptomfria då de las in på sjukhuset. Patienten ville alltså ha något av sjukvården medan ST-läkaren upplevde att han eller hon inte kunde ge något till patienten. Man kan se detta som att ST-läkaren uppfattade att det som patienten ville ha inte är vad en läkare och sjukvården ska göra. Patienten frågade efter något som inte rymdes inom ST-läkarens identitet. Patienten å andra sidan identifierar läkaren som en person som ska hjälpa patienten. Följden blir att patienten och ST-läkaren

hamnar i en maktkamp om vems identitet som ska "vinna" och styra utgången av mötet och vems identitet som ska frustreras. Kommer ST-läkaren att låta sig identifieras som en person som ska hjälpa patienten? Man kan tänka sig att vissa patienter och vissa sjukdomstillstånd passar olika väl med en process- eller resultatnriktad syn på arbete, och även att vissa patienters behov och önskingar ligger utanför båda dessa två synsätt på läkararbetet. Kanske är den sistnämnda gruppen patienter den grupp patienter som sjukvården säger sig inte kunna hjälpa trots att dessa patienter vill bli hjälpa av sjukvården? Sjukvården i sig definieras också genom styrdokument och politiska beslut. Denna definiering är en form av identitetsreglering. Man kan tänka sig att problem eller obehagskänslor uppstår då ST-läkarens identitetsarbete inte stämmer överens med sjukvårdens syn på ST-läkaren och ST-läkarens arbetsuppgifter.

En ST-läkare berättar att många läkare skickar vidare patienter som läkarna inte anser ryms inom den egna specialiteten trots att dessa läkare har kunskap nog att hjälpa dessa patienter. Man skulle kunna tänka sig att en psykiatriker skickar en person med ett lätt hudproblem till hudkliniken istället för att med sina kunskaper från grundutbildningen själv hjälpa patienten. ST-läkaren i detta fall ser sig inte främst som läkare utan som ST-läkare inom psykiatri. Identifieringen främst inom den egna specialiteten begränsar vilka arbetsuppgifter ST-läkaren tycker att han eller hon bör utföra. Detta identitetsarbete belönas då ST-läkaren kan slippa en viss arbetsbörda som han eller hon kan skicka till hudkliniken, och man kan tänka sig att individens identitet som främst psykiatriker och inte läkare förstärks. På detta sätt förstärks och belönas en betoning på skillnader mellan olika läkare snarare än likheter inom gruppen läkare. Olika identiteter, snarare än en enda, definieras och dessa identiteter hålls aktivt åtskilda. Ett sätt att betona skillnader mellan olika grupper av läkare kan vara att berätta om hur olika man förhåller sig till centrala begrepp vilket också Einarsdottir (1997) visar genom sina tre områden utifrån vilka olika läkargrupper status fastställs och gränslinjerna mellan läkargrupper tydliggörs. Avgränsandet av arbetsuppgifter kan ses som ett maktspel mellan till exempel psykiatriker och hudläkare. En av ST-läkarna säger att läkare är svåra att samla och engagera eftersom de går sin egen väg. Detta fenomen kan tänkas vara en följd av uppdelningen i olika sorters läkare och en betoning av skillnader. Frågan är varför betoningen av skillnader (Einarsdottir, 1997) mellan olika läkare upprätthålls? Kanske kan detta ses som att vissa grupper av läkare befinner sig mer centralt i förhållande till identiteten (Lave & Wenger, 1995) och att det då ligger i dessa läkares intresse att bevara den makt som denna centrala position ger? Uppdelningen i grupper av läkare kan

tänkas få följder för patienter och då särskilt för de patienter som lider av åkommor som inte ryms inom ett enda område eller åkommor som kan rymmas i flera olika områden. Patienten i exemplet ovan tvingas boka en ny tid på hudmottagningen istället för att direkt bli hjälpt på psykiatriska mottagningen. Patienter som skickas mellan olika kliniker kostar dessutom tid och pengar för sjukvården, om det inte är så att patienterna skickas till en klinik där de faktiskt kan få en mer effektiv vård.

ST-läkares identitet och identitetsarbete kan tänkas påverka hur läkares arbete utförs och hur grupper av läkare värderas och struktureras. Detta antyder att organiserandet av ST-läkare, läkare i allmänhet och kanske också sjukvården som helhet inte bara är en organisatorisk och strukturell fråga utan att det även är en fråga om identitet och identitetsarbete som betonar en ”mjukare” kulturell och psykosocial aspekt.

ATT ORKA

ST-läkarna i undersökningen berättar om olika grad av belastning och olika sätt att hantera belastning och positionerar sig själva till begreppet belastning. Hur kommer det sig att olika ST-läkare beskriver olika sätt att orka och olika mängd belastning? En förklaring kan vara att graden av belastning skiftar mellan olika kliniker. Detta kan förmodligen mätas, beroende på hur man definierar belastning, till exempel i form av krav på antal arbetande timmar, jourarbete, antal patienter per ST-läkare och omfattning av de problem och sjukdomar som är aktuella. Det går inte att utifrån den undersökning som genomförts avgöra om det finns ett samband mellan upplevd grad av belastning och typ av anpassning eller hur detta samband skulle se ut. Det är också rimligt att fråga hur det kommer sig att belastning och anpassning till belastning överhuvudtaget är ett centralt begrepp för dessa ST-läkare? En förklaring är att ST-läkarna fenomenet belastning är kopplat till en värdering vilket kan fungera som skiljelinjer mellan olika läkare liknande de fenomen Einarsdottir (1997) visar. Berättelser om hög belastning kan vara kopplade till en positiv värdering i identiteten läkare där den ST-läkare som framställer sig som hårt arbetande i högre grad uppfyller kraven för vad det innebär att vara läkare än en ST-läkare som säger sig ta det lugnt på jobbet.

Lazarus (1993) beskriver två olika typer av stress, hälsosam och skadlig och betonar även att följderna och upplevelsen av stress är beroende av hur individen uppfattar och behandlar denna belastning. Lazarus visar på tre typer av coping, problemfokuserad, emotionell och undvikande coping (Folkman & Lazarus, 1984). Problemfokuserad coping

kan liknas vid utåtriktad anpassning då ST-läkaren förändrar graden av belastning och påverkar situationen. Emotionell och undvikande coping kan jämföras med inåtriktad anpassning då ST-läkaren inte ändrar situation utan anpassar sig själv eller står ut. Även locus of control kan kopplas till denna kategori då utåtriktad anpassning kan tänkas kräva en intern locus of control eftersom ST-läkaren ser sig som kapabel att förändra skeenden och förutsättningar. Inåtriktad anpassning påminner om extern locus of control då ST-läkaren inte ser sig som kapabel att förändra arbetets förutsättningar. Identitetsarbete leder till ett visst sätt att uppfatta omvärldens och hantera den, vilket kan beskrivas som coping och locus of control. Utifrån denna studie går själva hanterandet av vardagen endast att betrakta som antaganden eller gissningar eftersom studien inte studerat hur ST-läkarna faktiskt agerar. Det är till exempel rimligt att spekulera i att en ST-läkare som använder sig av problemfokuserad coping och en utåtriktad anpassning upplever mindre grad av (skadlig) stress eftersom han eller hon ser stressen som mer hanterbar. Ett motsatt förhållande där graden och typen av stress påverkar sättet att förhålla sig till den är också tänkbart. En ST-läkare berättar om hur de egna arbetsrutinerna på akuten förändrades desto senare på natten det blev. Allt eftersom ST-läkaren blev tröttare ansåg ST-läkaren sig i mindre utsträckning kunna lita till sina intuitiva beslut och skickade därför hem ett mindre antal patienter eftersom upplevelsen av risken att göra fel ökade. ST-läkaren beskriver alltså hur hanteringen av arbetssituationen förändrades allteftersom upplevelsen belastning ökade då ST-läkaren blev tröttare. Utifrån kategorin inåt- respektive utåtriktad hantering av belastning kan man säga att ST-läkaren gick från Pelles (utåtriktad anpassning) till Annas sätt (inåtriktad anpassning) att hantera risken att göra fel. ST-läkaren litade först till sin förmåga att ta beslut men denna tillit minskade då ST-läkaren blev trött och rädslan för risken att göra fel ökade. ST-läkaren förändrade då sitt sätt att hantera den aktuella belastningen på akuten vilket ökade läkarens och sjukhusets belastning eftersom ett större antal patienter skrevs in. Om denna situation och utveckling som ST-läkaren beskriver har en relevant motsvarighet i ST-läkares faktiska arbetssituation kan detta betyda att hög belastning eller hög grad av stress kan leda till inåtriktad anpassning, snarare än aktiv problemfokuserad coping. Utifrån detta resonemang kan man tänka sig att kliniker som är mer belastande leder till mer inåtriktad anpassning medan mindre belastande ger utrymme för mer utåtriktad anpassning. Graden av stress skulle i så fall påverka vilken typ av coping som är möjlig att använda.

Sambandet mellan upplevd belastning och hanterandet av belastning kan förstås på ett annat sätt om man utgår från Laves och Wengers begrepp legitimt perifert deltagande (1995). Lave och Wenger beskriver hur en individ som kommer nära centrum av sin identitet har större möjlighet att påverka identiteten och sin egen situation. En individ som ser sig själv och av andra ses som mer perifer har däremot mindre möjlighet att påverka. Då en ST-läkare beskriver en upplevelse av att kunna påverka kan detta tolkas som att ST-läkaren upplever sig vara närmare centrum av identiteten än en ST-läkare som inte upplever sig kunna påverka sin arbetssituation. Man kan tänka sig att en högre grad av identifiering med kliniken, yrket och arbetsplatsen ger större möjlighet till utåtriktad anpassning. Omgivningen ser individen som en viktig del av verksamheten och ger individen större spelrum. Detta leder i sin tur till en upplevelse av att kunna påverka vilket ytterligare ökar känslan av deltagande. Genom att erkännas som läkare, ST-läkare eller helt enkelt som en viktig del av kliniken ges möjlighet att påverka sjukvården och sin egen situation. ST-läkare som beskrivs eller beskriver sig själva som mer passiva i förhållande till belastning och till organisationen befinner sig utifrån detta resonemang mer perifert till sin arbetsplats och identiteten läkare och har mindre makt och möjlighet att påverka. Detta resonemang säger alltså att de ST-läkare som befinner sig nära centrum av sin identitet som läkare upplever ett större spelrum. En upplevelse av ett större spelrum innebär en upplevelse av att kunna påverka och förändra vilket kan kopplas till utåtriktad anpassning och problemfokuserad coping. En upplevelse av lite utrymme att handla och påverka innebär en upplevelse av att inte kunna förändra graden av belastning vilket innebär att individen måste anpassa sig själv till belastningen, inåtriktad anpassning. Detta antyder att individens coping till viss del kan vara beroende av individens identitetsuppfattning. ST-läkare som upplever sig som centrala i sitt arbete som läkare har en större förmåga att påverka stress och belastning och använda den mer effektiva problemfokuserade copingen, utåtriktad anpassning.

Är det då så att olika ST-läkare upplever olika grad av legitimt perifert deltagande? Om man kopplar begreppet till graden av upplevd möjlighet att påverka sin situation så är svaret ja men denna koppling är inte självklar. Det är dock klart att vissa ST-läkare beskriver sin arbetsplats som inbjudande och anpassningsbar medan andra beskriver sin som styrd ovanifrån och omöjlig att påverka eller känna sig delaktig i. Denna känsla av delaktighet kan tolkas på olika sätt. En möjlighet är att ST-läkare som upplever sig vara hårt belastade inte tycker sig ha tid att ta del i utformandet av organisationen och anpassa den efter personliga

behov. Denna förklaring pekar alltså ut individens upplevelse av arbetsmängd som förklarande faktor. En annan förklaring lyfter upp miljön i form av hierarkier, chefer och organiserandet av arbetet. Olika kliniker och avdelningar erbjuder olika grad av möjlighet att påverka och ta del av organisationen och arbetsfördelningen. ST-läkarna behandlas olika på olika kliniker. Detta ger upphov till identitetsarbete där ST-läkare på olika kliniker ser sig som mer perifera eller centrala till sin arbetsplats.

En ST-läkare i undersökningen berättar om möjligheten att subspecialisera sig för att få ett mindre område att hantera vilket ger mindre belastning och skapar en egen sfär inom kliniken. Detta kan ses som att skapa en egen identitet i identiteten. I den nya identiteten, i subspecialiseringen, kan man tänka sig att ST-läkaren får ett större legitimt perifert deltagande. Han eller hon blir alltså mer central i denna identitet och får mer makt än han eller hon hade i identiteten som ST-läkare på kliniken. Själva subspecialiseringen kan alltså ses som ett sätt att få mer kontroll över sin arbetssituation och den egna identiteten. Beror denna ”åtgärd”, subspecialiseringen, på att ST-läkaren upplevde ett otillräckligt legitimt perifert deltagande i ursprungsidentiteten? Subspeciallyisering kan i så fall ses som ett sätt att genom identitetsarbete utöka sitt handlingsutrymme i en situation och organisation som upplevs ha lågt deltagande och litet handlingsutrymme.

Skillnaden i belastning och hantering av belastning beskrivs inte enbart variera mellan kliniker och specialiteter. En ST-läkare beskrev kvinnliga ST-läkare som sämre på att anpassa belastningen än manliga. Enligt ST-läkaren anpassade kvinnliga ST-läkare sig själva istället för att ta del i att definiera belastningen. Detta kan, utifrån resonemanget ovan, tolkas som en beskrivning av kvinnliga ST-läkare som mer perifera till identiteten läkare. En kvinnlig ST-läkare i undersökningen beskrev den egna anpassningen till belastning som främst utåtriktad, det vill säga, hon förändrade aktivt belastningen och upplevde sig vara delaktig i att definiera sitt arbetes omfång. Detta kan tyda på att den kvinnliga ST-läkaren själv upplever sig vara en i stor utsträckning legitim deltagare i identiteten ST-läkare och läkare, vilket också ger henne ett stort handlingsutrymme i arbetssituationen. Kanske kan dessa två ST-läkares berättelser spegla den förändring som sker inom läkaryrket då allt fler läkare är kvinnor? Den manliga ST-läkaren utgick i sin berättelse från att kvinnliga läkare är mer perifera till (den manliga) läkartraditionen men den kvinnliga ST-läkaren upplevde sig inte som perifer eller utestängd som kvinna utan som en aktiv agent med stort spelrum. Detta kan indikera att läkaridentiteten i stort eller inom vissa områden inte främst är en manlig identitet.

Berättelser om olika grad av belastning, typ av anpassning och känsla av deltagande kan också kopplas samman med Olesens (2001) olika förhållningssätt till arbete. När ST-läkare på ortopedikliniken beskrivs som snickare som inte bryr sig om patienten mer än som ett benbrott kan detta ses som ett sätt att identifiera ortopedier som det Olesen kallar hantverkare. I detta uttalande påpekar ST-läkaren att han eller hon själv har en annorlunda syn på läkaryrket än beskrivningen av ortopeders synsätt. Genom att definiera andra läkare definierar ST-läkaren sig själv. Olesens förhållningssätt går även att koppla till ST-läkarnas berättelser om sig själva. Då en ST-läkare beskriver arbetet på en sin klinik som svårt att påverka, väldigt ansträngande och otacksamt kan ST-läkarna som jobbar på denna klinik liknas vid maskiner eller en arbetare vid ett rullande band. Detta kan jämföras med förhållningssättet till yrket som Olesen kallar lönearbetare. Då en annan ST-läkare beskriver sitt eget arbete som möjligt att påverka, lagom belastande och stimulerande kan denna ST-läkare liknas mer vid en konsult eller expert, eller det som Olesen kallar professionell expert. Då ST-läkarna definierar sin egen syn på sitt arbete genom berättelser om sig själv eller andra fastställer de enligt Olesen (2001) implicit relationen mellan arbetet och privatlivet och arbetet och livsberättelsen. Det motsatta förhållandet gäller också då ST-läkarnas förhållningssätt till yrket påverkas av deras livshistoria och identitetsarbete. En ST-läkare som identifierar sig som en hårt belastad arbetare som inte har utrymme att påverka eller vara delaktig har kanske lättare att använda sig av förhållningssättet lönearbetare än professionell expert? En individ som i hög utsträckning tillåts identifiera sig med yrket har kanske lättare för att använda förhållningssättet professionell expert eller hantverkare. Förhållningssättet till yrket påverkar i sin tur hur individen agerar i sin arbetssituation. En lönearbetare kan till exempel tänkas vara mindre benägen att arbeta hårt utan motsvarande lönekompensation än en professionell expert som kan tänkas motiveras av mer än sin lön men som kanske också kräver ett visst inflytande över hur praktiken bedrivs. Utsagor och liknelser där grupper av läkares beskrivs på ett visst sätt kan också fungera som reglerande av identiteter från ledningen då man styr vilka diskurser som görs tillgängliga (Alvesson & Willmott, 2002). På detta sätt kan man tänka sig en möjlighet att påverka ST-läkares inställning till sitt arbete, förväntningar och hanterande av belastning.

ATT HITTA BALANS

ST-läkarna i undersökningen pratar primärt om två fenomen, att arbeta och att orka med detta arbete. Detta kan ses som en strävan mot att hitta en balans mellan arbete och vila och arbete och fritid och familjeliv. I ST-läkarnas berättelser berättas om uppdelning mellan unga och gamla läkare angående hur man förhåller sig till yrket. En ST-läkare säger att de äldre läkarna inte lever i dagens verklighet, eftersom de äldre läkarna tycker att ST-läkarna ska jobba lika mycket som de äldre läkarna gjorde men att detta inte länge är möjligt. ST-läkaren har en upplevelse av att samhället har förändrats och att detta leder till att unga läkare har en annan attityd till yrket och andra förutsättningar. Enligt ST-läkaren är det inte längre möjligt att jobba så mycket som de äldre läkarna gjorde eftersom det inte finns en hemmafru eller någon anställd i hemmet. En annan ST-läkare säger att dagens ST-läkare vill satsa mer på sina familjer och sitt privatliv. ST-läkarna menar att äldre läkare använde yrket som den primära identitetskällan men att de själva även betonar andra delar av sig själva. Jørgensen (2004) talar om att människor i det postmoderna samhället använder sig av många olika identiteter som de skiftar emellan. Man skulle kunna föreställa sig att ST-läkare idag betonar sin identitet som läkare och samtidigt satsar på familj och privata intressen. Detta ger tre olika identiteter som alla är starka, vilket ger ST-läkarna stor flexibilitet, vilket enligt Bauman (1997) behövs i det postmoderna samhället. Dessa tre identiteter kräver dock alla engagemang och arbete för att bevaras, vilket gör det svårt för ST-läkarna att orka och att hitta balans vilket leder till en upplevelse av stor och svårhanterbar belastning.

En annan form av balans mellan privatliv och arbete är den uppdelning som görs i berättelserna mellan att gå nära patienter, vara empatisk och social och att hålla sig på avstånd från patienterna. En ST-läkare säger att man ska vara personlig men inte privat med patienten. Pelle talar om att empati tar känslomässig energi. Empati och närhet till patienten kräver ett personligt engagemang och ett användande av den egna personen i arbetsprocessen. Under rubriken ovan, Att vara läkare, diskuteras att ST-läkarna säger sig vara annorlunda än äldre läkare, bland annat på grund av att ST-läkarna i högre utsträckning betonar empati och närhet till patienten. Denna åtskillnad tolkas som en separering mellan olika identiteter, äldre och yngre läkare. ST-läkarna ger en bild av att äldre läkare engagerade sig mer i sjukvården och patienterna i form av längre arbetstid och större identifiering med yrket men att dagens unga läkare engagerar sig mer i sjukvården och patienterna i form av ett personligt engagemang där de blandar in sin privata identitet i yrkesidentiteten. Holm (1995) skriver att dagens sjukvård

ställer högre krav på mer empatiska och inkännande läkare. Man skulle alltså kunna tänka sig att dagens sjukvård fungerar identitetsreglerande gentemot ST-läkare i det att empati premieras. Samtidigt lyfter ST-läkarna själva fram empati som en central del av identiteten som skiljer ut dem från äldre läkare, vilket i sig fungerar identitetsreglerande gentemot deras omgivning och sjukvården. Fenomenet empati och ett privat engagemang i patienten lyfts fram som viktigt för läkare. Även i förhållande till belastning lyfter ST-läkarna fram privat engagemang som positivt. Utåtriktad anpassning kan innebära ett privat engagemang i yrkesrollen i form av intresseföreningar. Det kan också handla om att ST-läkarna rättfärdigar anpassningen av belastningen genom personliga egenskaper ("jag är rask ... jag brukar kunna jobba ganska snabbt och effektivt..." se resultat) eller den privata livssituationen där ST-läkarna till exempel hänvisar till barn och familj eller en inställning till hur livet bör vara. Genom att koppla samman den privata identiteten och yrkesidentiteten kan ST-läkaren reglera belastningen. Den privata delen ger ST-läkarna en upplevelse av legitimitet att förändra belastning, en legitimitet som inte erhålls från den professionella identiteten. Den privata identiteten blir en del av yrkesidentiteten och reglerar den omgivande belastningen.

ST-läkarna säger att de inte vill ta efter äldre läkare sätt att hantera patienter. Ibarra (1999) beskriver olika sätt att utveckla sin egen yrkesroll i förhållande till äldre och mer erfarna kollegor. Det Ibarra kallar imitation beskrivs sällan i intervjuerna. Få ST-läkare säger sig ha en enda äldre läkare som förebild. Snarare återfinns i berättelserna det Ibarra kallar selektiv imitation och egen väg. En förklaring till detta kan vara skillnaden mellan den grupp Ibarra studerat och ST-läkarna. Ibarra studerade nykomlingar i arbetet som inte hade stor egen erfarenhet i yrket. ST-läkarna har under lång tid befunnit sig inom sjukvården och utfört arbete. Kanske är det mer användbart med imitation i början av yrkesbanan då individen inte har så mycket erfarenhet att bygga sin yrkesidentitet på. Då individen har mer yrkeserfarenhet måste den imiterade stämma överens med fler redan antagna "sanningar" och arbetsmetoder för att inte vissa delar av den imiterade ska förkastas. Kanske fungerar det då bättre med selektiv imitation och egen väg?

ST-läkarna pekar ut empati och social förmåga som områden där de inte kan använda äldre läkare som förebilder. Ibarra beskriver att det uppstår kognitiv dissonans då det som plockas in från förebilder inte stämmer överens med den upplevda verkligheten vilket leder till att det inplockade måste förkastas. Man kan tänka sig att den verklighet som ST-läkarna upplever inte stämmer överens med de äldre läkarnas uppträdande. Det verkar vara så att en

annan typ av yrkesroll och yrkesidentitet premieras av sjukvården och av patienter idag än förr i tiden. Hierarkierna inom vården har försvagats och då också läkarens förhållande till patienten i patientmötet (Svensson, 1993). En annan, mer personlig och empatisk läkare efterfrågas i vården. Den empatiska läkaren kan beskrivas som ett postmodern projekt som innebär att patienter ska mötas som likar och inte låta doktorn sköta konversationen som ”Etikett och god ton” instruerar (Husmoderns bibliotek, 1932). Denna utveckling mot en ny sorts professionell läkare tvingar ST-läkarna att söka sig utanför professionstraditionen vilket lämnar dem i avsaknad av förebilder eftersom de begrepp som gjorts relevanta, empati och personligt engagemang inte delas av äldre mer erfarna läkare som snarare håller fast vid ett mer professionellt betonat engagemang i patienter och sjukvården. I denna förändring kan födelsen av en ny sorts läkare anas.

SAMMANFATTNING AV DISKUSSION

ST-läkarna förhåller sig i studien primärt till hur arbetet ser ut och genomförs, hur man hanterar arbetsbelastning och hur man hittar en balans mellan arbete och fritid, belastning och utveckling. I förhållande till dessa fenomen definierar ST-läkarna i sina berättelser sig själva och andra grupper av läkare. Detta leder till identitetsarbete för den egna ST-läkaren men kan även tänkas leda till identitetsarbete för de grupper av läkare som utpekats i den mån de tar till sig av innehållet i berättelserna. Identiteter och identitetsarbete kan antas få faktiska följder i det praktiska arbetet för till exempel hur ST-läkare bemöter olika typer av patienter. Regleringen av identiteter är också en maktkamp där olika identiteter kämpar om att definiera vad en läkare är. Denna kamp kan sägas ske genom att vissa undergrupper av läkare identifieras som annorlunda än andra läkare. Man kan också säga att kampen sker mellan olika, mer eller mindre, jämnstarka identiteter som frivilligt skiljer ut sig från varandra och som försöker göra sin egen identitet så allmän som möjligt. Ett tredje synsätt är att olika ST-läkaridentiteter existerar jämsides och genom att tydligt peka ut vilka dessa identiteter blir det enklare att hitta och utveckla den egna identiteten. ST-läkare kan också sägas få olika stor tillgång till delaktighet i den egna identiteten och genom detta olika stor möjlighet till påverkan på sin omgivning. En orsak till detta fenomen kan vara att olika kliniker i olika stor utsträckning ger ST-läkarna utrymme och låter dem vara delaktiga i organisationen. Hur den egna identiteten beskrivs av en själv och andra är också avgörande för hur man ser på sitt yrke. Då man upplever det egna yrket som belastande och svårt att påverka kan man tänka sig

att det är lättare att tänka på yrket som lönearbete eller som arbete vid ett löpande band. Om man däremot beskriver sitt eget arbete som lagom utmanande, stimulerande och möjligt att påverka är det lättare att förhålla sitt till sitt yrke som en expert- eller konsultroll. ST-läkarna beskriver hur äldre läkare engagerade sig mer i sitt arbete i form av tid och identifiering i arbetet medan ST-läkarna beskriver hur de själva engagerar sig mer i form av empati och genom att blanda den privata identiteten med yrkesidentiteten. Empati och blandningen av privat identitet och yrkesidentitet premieras av sjukvården och av ST-läkarna själva. Dessa fenomen är en produkt av det postmoderna samhället där läkaren ska möta patienten som jämbördiga. ST-läkarna upplever inte att de kan använda sig av äldre läkare för att utveckla dessa nya centrala fenomen inom läkaridentiteten utan tvingas söka sig bortom professionstraditionen och hitta sina egna vägar.

GENERALISERING OCH VIDARE FORSKNING

Undersökningen har begränsats till relativt få ST-läkare på ett enda sjukhus. Detta medför svårigheter att generalisera utifrån resultatet. Det fanns ett stort bortfall i enkätundersökningen som användes vilket ytterligare leder till problem med att generalisera. Det material som trots allt framkommit går att betrakta som bitar av subjektiva berättelser. Dessa bitar kan sammantaget utgöra en spekulering om hur ett större material skulle se ut. Materialet antyder att det vidare skulle vara intressant att undersöka identitetsberättelsernas koppling till ST-läkarnas faktiska handlingar, det vill säga en studie där man jämför ST-läkares berättelser med data om ST-läkares arbetssituation och arbetsaktivitet. Framförallt skulle ST-läkares identitetsberättelser och dess relation till bemötandet av patienter kunna studeras. Kopplingen mellan ST-läkarna som privatpersoner och som yrkespersoner har till viss del lyfts fram i denna uppsats men ämnet skulle behöva studeras mer för att nå en tydligare bild av hur dessa fenomen interagerar. Sammanfattningsvis antyder detta arbete att identitet och identitetsarbete påverkar ST-läkares arbete och sjukvården på en mängd olika områden. ST-läkare förhåller sig till sin omgivning utifrån den egna bilden av dem själva. Identitet, identitetsarbete och reglering av identiteter skulle med fördel kunna studeras i förhållande till ledarskap, förändring och styrning inom sjukvården.

REFERENSER

- Alvesson, M., & Willmott, H. (2002). Identity regulation as organizational control: producing the appropriate individual. *Journal of management studies*, 39, 619-644.
- Andåker, L. (2003). Politiken till politiker, makten till patienten och produktion till profession. *Läkartidningen*, 37, 3894.
- Antoniou, A.S.G., Davidson, M.J., & Cooper, C.L. (2003). Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology*, 18, 592-621.
- Arnetz, B. E., Horte, L. G., Hedberg, A., Theorell, T., Allander, E., & Malker, H. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 75, 139-143.
- Bauman, Z. (1997). *Vi vantrivs i det postmoderna*. Uddevalla: Daidalos.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 290-302.
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. I. J. A. Smith et al. (red.), *Rethinking methods in psychology*. 27-49. London: Sage.
- Cox, T. (2000). *Research on work-related stress*. Belgien: European Agency for safety and health at work.
- Davis, M. H. (1996). *Empathy. A social psychological approach*. Colorado: Westview Press.
- Egidius, C., Egidius, H., & Erwander, B. (2002). *Vägen till specialist.Handledning och lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Einarsdottir, T. (1997). *Läkaryrket i förändring. En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*. Kompendiet, Göteborg. ISSN 1100-3618.
- Ekvall, G. (1996). *Manualformulär: arbetstillfredsställelse*. Stockholm: Göran Ekvall Organisationspsykologi.
- Eriksson, K. (2003) *Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor : köns- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik*. Stehag: Gondolin.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behaviour*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer.

- Frank, E. & Arden, D. D. (1999). Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *American journal of psychiatry*, 156:12, 1887-1894.
- Freidson, E. (1989). *Medical work in America. Essays on health care*. Yale: Yale University press.
- Freud, S. (1969/ 1995). *Vi vantrivs i kulturen*. Stockholm: Aldus/ Bonniers/ Röda rummet.
- Giddens, A. (1997). *Modernitet och självidentitet. Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Uddevalla: Daidalos.
- Holm, U. (1995). *Det räcker inte att vara snäll*. Falkenberg: Natur och Kultur.
- Holm, U. (1987). *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Malmö: Natur och Kultur.
- Husmoderns bibliotek. (1932). *Etikett och god ton*. Stockholm: Åhlén & Åkerlunds boktryckeri.
- Ibarra, H. (1999). Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly*, 44, 764-791.
- Jørgensen, C.R. (2004). *Psykologin i senmoderniteten*. Örebro: Liber AB.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karniol, R., & Shomroni, D. (1999). What being empathic means: applying the transformation rule approach to individual differences in predicting the thoughts and feelings of prototypic and nonprototypic others. *European Journal of Social Psychology*, 29, 147-160.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund : Studentlitteratur.
- Lave, J., & Wenger, E. (1995). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge university press.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual reviews of psychology*, 44, 1-21.
- Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor: om informell makt*. Stockholm: Carlsson.
- Ljung, T., & Friberg, P. (2004). Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen*, 12, 1089-1094.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mägi, M. (2001). Är bara allmänläkare viltsna. Allmänläkarnas identitetskris – hela sjukvårdens kris? *Läkartidningen* 98. 2228-2229.

- Nordgren, M. (2000). *Läkarprofessionens feminisering. Ett köns- och maktperspektiv*. Stockholm: Department of Political Science, Stockholm University.
- Ohlin, E. (2002). Den onda cirkeln bryts med samtal och kroppslig behandling. *Läkartidningen*. 99 (28-29) 3008.
- Olesen, H., S. (2001). Professional identity as learning processes in life histories. *Journal of workplace learning*. 13. 290-297.
- Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder- Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Peterson, B. & Robertson, A. (2003). *Identitetsstudier i praktiken*. Malmö: Liber.
- Risberg, G., Johansson, E. E., Westman, G. & Hamberg, K. (2003). Gender in medicine- an issue for women only? A survey of physician teachers gender attitudes. *International Journal for Equity in Health*. 2. 1-8.
- Rotter, J. (1966). General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: general and applied*. (80), Whole no. 609.
- Schaufeli, W & Bakker, A. (2003). *Utrecht work engagement scale. Preliminary manual*. Utrecht: Utrecht university.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Shirom, A. (2003). The effects of work stress on health. I M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (red.), *The handbook of work & health psychology* (s. 63-82). England: John Wiley & Sons.
- Stern, D. (1991). *Spädbarnets interpersonella värld*. Lund: Natur och kultur.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Svensson, R. (1993). *Samhälle medicin vård . En introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges läkarförbund. *Utbildning*. Hämtat 31 augusti 2005 från Sveriges läkarförbunds hemsida. <http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2173>.
- Theorell, T. (2003). To be able to exert control over one's own situation: A necessary condition for coping with stressors. I J. Campbell Quick, & L. E. Tetrick (red.). *Handbook of occupational health psychology* (s. 201-220). USA: American Psychological Association.

- Thomas, N. K. Resident burnout. (2004) *Journal of American Medical Association*. 292. 2880-2889.
- Thorson, E., & Vestlund, F. (2004). *Ledarskapsutbildningen Styrkelyftet. Läkarnas räddning i strömmen av krav på ledarskapskompetens inom vården idag*. Lund: Lunds Universitet, pedagogiska institutionen.
- Tollgerdt-Andersson, I. (1995). *Chef i landstinget- ledarskap i politiskt styrda organisationer*. Stockholm: Landstingsförbundet.

BILAGA A

Intervjuguide

1.Handledning

Handledning (för den som haft det.)

- Hur har handledningen sett ut?
- Kan du beskriva ett typiskt handledningsmöte?
- Vad har ni tagit upp?
- Vad har handledningen lett till?
- Har du förändrats som läkare av handledningen?

Handledning (ej haft)

- Har du haft annan form av sådan handledning?
- Vad har det gett?
- Vad skulle du behöva stöd i som läkare?
- Vad skulle du vilja diskutera med andra läkare?

2. Identitet

Förebilder

- Har du någon förebild?
- Hur använder du den?
- Finns det ideal inom läkarprofessionen?

Identitetsutveckling

- Hur kommer du att vara när du är färdig som ST-läkare?
- På vilket sätt har du förändrats sedan du var AT-läkare?
- Vad är de viktigaste egenskaperna för läkare? På vilket sätt är dom viktiga?
- Hur är en bra doktor?

3. Lärande

Lärande

- Vad lär man sig på den här utbildningen?
- Hur går det till?
- Vad händer när man gör misstag som läkare?
- Har du lärt dig något konkret av misstag?
- Vad är det viktigaste när man planerar sin ST-utbildning?
- Vad är det viktigaste du lärt dig den senaste tiden?
- Hur lärde du dig det?

4. Arbets- och livssituation

Arbets- och livssituation

- Vad är mest påfrestande?
- Vad är mest problematiskt just nu?
- Hur fungerar din relation med andra yrkesgrupper?
- Hur är relationen mellan olika grupper av läkare?

- Vad skulle du vilja ändra på i din yrkessituation?
- Finns det läkare som inte klarar av yrket?
- Vad händer då?
- Hur ser din livssituation ut i stort? Vad händer just nu?

BILAGA B

Enkät för ST-läkare på xxxsjukhuset.

- angående ST-läkares syn på arbetssituation och åsikter om en eventuell handledning med fokus på personlig utveckling i yrkesrollen.

Sedan en tid tillbaka bedrivs ett försök med grupphandledning av ST-läkare på Basenheten för Infektions-, Lung- och Hudsjukdomar. Fem ST-läkare träffas ca en gång per månad med en extern handledare och diskuterar läkarrollen ur ett vidare perspektiv än som normalt avhandlas under handledning med ordinarie klinikhandledare.

Denna "testhandledning" skall nu utvärderas utifrån frågeställningen om sådan handledning skall erbjudas fler/alla ST-läkare i xxxx. Ett led i denna utvärdering är att ta fram en allmän bild av ST-läkare på xxxsjukhusets uppfattning av sin arbetssituation och yrkesmässiga utveckling.

På följande sidor finns ett antal frågor om arbetstillfredsställelse, engagemang i arbetet och upplevelse av utbrändhet. Detta är vetenskapligt beprövade enkätfrågor. Det finns också öppna frågorna som behandlar din syn på handledning, lärande och din utveckling i yrkesrollen.

Enkäten är en betydande del av arbetet med utvärderingen och vi värdesätter dina svar högt. Svaren på enkäten kommer även att användas i en psykologexamensuppsats på institutionen för psykologi i Lund. Uppsatsen beräknas vara färdigställd till januari 2006.

Besvarade enkäter lämnas i medföljande kuvert till xxx, studierektor. Enkätsvaren är anonyma. Någon form av återkoppling av resultaten kommer att ske.

Vi vill ha in svaren senast...

Nils Hintze
Hek99nhi@student.lu.se
0730-462941

Studierektor xxx

BILAGA C

Grupper av ST-läkare och uttalande kopplade till kategorierna resultat och process

Grupp	Resultat	Process
Resultat 5 ST-läkare	Jag gjorde rätt i den här situationen Skriver ut fel medicin någon gång Doserade fel Mjukvara känns det som Ett misstag rent medicinskt Börjar med en antibiotikabehandling En medicinsk felbedömning Den här sjukdomen Inte blött särskilt mycket En patient med den här sjukdomen och den här symptomen Man ska se en gång, göra det och sen kunna lära ut det Man har gjort rätt grejor Man kan ju inte bli kompis, ändå läkare: patient Skitdålig i patientkontakten och då är han ju ändå en bra kirurg De har blivit friska Sätter in rätt behandling Den operationen och det har gått bra Frisk eller sjuk rent medicinskt Du kan vara missnöjt frisk Primära mål är inte att ha ett bra möte med patienten Patienter som suger ur en saker Göra fel Missar Idealet att vara duktig medicinskt Att läka Bedöma, patologiskt eller inte och ge medicin Utmaningen i det sjuka Man ser resultat Dom kan inte göra folk friska Lite penicillin Oftast inte kan göra något Ser bra ut på statistik Dom klarar sig bra Väl beprövade metoder Statistik kan plockas fram Snabbhet Trycker igång tid och trycker av	Ge trygghet Empatisk Bejaka deras oro Att man tolkat signaler fel Är ju pedagogik Trygga i undersökningsrummet Lyssnar Empati Lyhörd och ödmjuk Bra kontakt Bra patientkontakt Vissa som är missnöjda Förmån att människor öppnar sig Bemöter honom bra Ödmjuk Förståelse och empati Prata ut Detektivfall

	<p>Viktigast att operationen blir bra Kunna prestera massa patienter Är det hjärtinfarkter Doktorn ska lösa deras problem Patienter vill ju inte möta en människa Är inte sjuk på riktigt Den personen vill ha stöd Många kommer utan några problem Det fanns inget man kunde göra där Det är den svåraste patienttypen Det finns inget fel på dom Risk för dödsfall</p>	
<p>Process 4 ST- läkare</p>	<p>Inte akut Rent medicinskt Virus, bakterie? Trial and error Riktigare svar Normalt, mer eller mindre Kroniskt sjuka Sjukdomar som inte går över Viktigaste jobb att ta hand om dom här sjukdomarna Dom flesta kommer ur det Ordentligt sjuka Sjukdomar är ju väldigt knepiga Kommer fram till svaret Knepiga patienter Säkra svar</p>	<p>Känslor Tid i patientmötet Patienten som en helhet Dom lägger bara ett snitt Ansvar för patienten En timme kan man lägga bort klockan Vissa är som sexåringar Lugn och samlad i mötet Handlar om patientkontakt Empati Lugna och tar sig tid Jobba med människor Detektivarbete Dyka ner i Klura Diskussioner med patienterna Trygg med patienter Anhörigsamtal Öppen mot patienterna Man ska dela med sig av sin personlighet Inte sker genom läkemedel Lindra och trösta och eventuellt bota Då blir dom bäst bemötta Inte blir trött på patienter Dialog med patienten Närmre patienten Prata med patienten Få förtroende och sen ställa rätt frågor Vem är den här personen? Öppenhet, intresse och förtroende Öppen för många olika människor Mjuka sidan Ta sig tid Ska vara empatisk Jobba med människor</p>

		<p>Tålmod En mjuk och vänlig inställning Samarbeta Lugna och trösta Kunna förklara Lirka och låta folk komma fram efter hand Sitter och pratar Får man komma nära dom Försöka visa, prata med, skapa kontakt och ge dom lite förtroende Läker av sig själva Göra så lite som möjligt Kunna lugna Empatisk Går ju inte att bota, dom går knappt att lindra Dom ska berätta Sitta och fundera Förklara för folk hur en sjukdom funkar Tålmod och engagemang Lyhörd Uppfatta olika tecken</p>
R. & P. 4 ST-läkare	<p>Om det gått rätt Viss sorts patient Komplikation under operation En operation Minsta möjliga medel Ställa diagnosen Gått bra då vill man inte rota för mycket Om det händer något med, en patient så följer jag upp Se resultat Gör rätt ingrepp Nöjd patient Gick jättebra för den här patienten Patientkategorin Rätt diagnoser Kunna hjälpa patienter Bättre utfall Ger sällan någonting Ett utredningsförfarande Alla diagnoser Bedömer vilken sjukdom Vi väljer dom här medicinerna Inte sug in i varenda patient Lungröntgen på alla som har feber Välja ut patienter Inflammation som inte går åt rätt håll</p>	<p>Svåra samtal Ska ha empati Besked på vardag Sätta sig in i en annan människa Lyssna någon minut Det viktiga som patienten säger Så patienten förstår Empati Jag lyssnar Bemötande Ska vara rak Behålla hoppet i patienten Ge råd om utredningar Aldrig ge telefonbesked Större emotionellt ansvar Ta åt mig Mer engagerad i patienten Balansera medkänslan Empatiska förmågan Går närmare Råd om behandlingar Jag kan utreda Som inte är sjukdom Empatiska Hela patienten Förmedla</p>

	Patienten känner jag igen Med den gör jag såhär Alla som ramlar in där måste ju tas om hand Osäkerhet i diagnosen Genom läkemedel	Lindra och trösta och eventuellt bota Mötet med patienten Förmedla
--	---	--

BILAGA D

Grupper av ST-läkare och uttalande kopplade till kategorierna inåt och utåtriktad anpassning

Grupp	Inåtriktad anpassning	Utåtriktad anpassning
Inåt 5 ST- läkare	<p>Diskuterar</p> <p>Inte är ensam om att känna</p> <p>Vill man ju inte</p> <p>Inte koll på men jag ska ta reda på det</p> <p>Så läser jag på</p> <p>Bra att ha någon att prata med</p> <p>Landstinget är en tuff organisation</p> <p>Ge sken av att veta</p> <p>Dumma beslut uppifrån</p> <p>Det är fullbokat</p> <p>Blir det ju svårt</p> <p>Inte vågar fatta beslut</p> <p>Lärt mig anpassa mig till situationer</p> <p>Ibland skär det sig</p> <p>Aldrig stabilt</p> <p>Låtsas vara trygg</p> <p>Tips om hur man ska förhålla sig</p> <p>Ser lite halvt ut</p> <p>Lite tråkigt att jag inte kommer att få</p> <p>Tvingas jobba</p> <p>Oro över hur det ska gå</p> <p>Ha mer trygghet än man har</p> <p>Hela tiden omorganiseringar</p> <p>Subspeciliseringen</p> <p>Göra något som jag inte kan riktigt</p> <p>Osäkerheten</p> <p>Önskar vi kunde samtala mer</p> <p>Långa arbetstider</p> <p>Man förväntas ändå jobba mycket</p> <p>Det gillas inte om man plötsligt går</p> <p>Alltid varit så</p> <p>Bra med jourer och jobba natt för då får man lediga dagar</p> <p>Droppen som får bägaren att rinna över</p> <p>Anpassa sig</p> <p>Riktigt arg</p> <p>Byta stil</p> <p>Hur ska jag göra detta</p> <p>Det är nog så här</p> <p>Inte kände mig det minsta trygg</p> <p>Önskar att det fanns mer tid</p> <p>Mitt ansvar</p>	<p>En känsla</p> <p>Intuition</p> <p>I början var man så väldigt mån om att man inte skulle glömma någonting i undersökningen</p> <p>En annan trygghet</p> <p>Intuition</p> <p>Det känns viktigt att säga ifrån</p> <p>Intuitiv känsla för när folk är sjuka</p>

	<p>Svårt att veta Uppe garden ganska mycket Orkade inte det riktigt För då hade dom satt ribban Så arg Inte bli trött En prestationsmaskin Så du väntar och väntar och väntar Stå i den där osäkerheten Sköterskor tycker om doktorer som jobbar fort Tänka att är det inte rätt så löser det sig Ansvaret är tungt Inte finns utrymme Måste klara av det här Hur ska jag lära mig att hantera skulden Behöva hjälp att hantera Organisatoriska fel Kände mig inte utlämnad En välfungerande organisation Hantera min osäkerhet Se till att man inte gör fel Missnöjd med det nya Hålla sig undan Säker på att det inte är fel Ett politiskt beslut Subspecialisera Aldrig få reda på all kunskap Problem som finns är organisatoriska Man inte har tid Inte är läkarnas fel Organisatoriska problemen uppstår på högre nivå Kan man aldrig påverka Svårt att påverka Ska finnas på massa olika ställen</p>	
Utåt 5 ST- läkare	<p>Svårt att påverka Strukturella problem I alla lägen vill kolla Svårt att påverka Lära mig hantera det Inte tid Man inte hinner riktigt Organisatoriska problem Svårt att få tid En viss jourbörda som ska fördelas Mycket måste man ta sig genom Hitta ett sätt att acceptera mer för sig själv att</p>	<p>Väljer själv att vara kvar Då kan man prioritera familjen nu Jag är just lite bättre på att sätta gränser Jag vill kunna ligga hemma på soffan också Vi är ganska enade Följde upp patienten Väljer att vara kvar Tänkte jag att det här måste jag lägga av med Bestämde jag mig för att inte göra det Ett bra liv själv för att kunna ge mycket till patienten Man bestämma sig för själv</p>

	<p>man inte kan hantera allt Gick ju och funderade på det där Man måste stanna Organisatoriska problem Får inte så mycket tid Får man lov att känna att jag kan inte så mycket Skjuter man på problemet Så man kunde behärska det i alla fall Kul för man vet ju att vi får tillbaka det i form av extra ledighet Vi ger varandra stöd när det behövs Att man inte hinner med andra saker då blir det jobbigt Svårt att få tid Strukturella problem Det finns en viss börda När man kommer tillbaka blir det ju jourarbete Tvingas på en massa patienter Man dokumenterar noggrant Jag jobbar och jobbar och jobbar Jag får väl försöka göra det också Varför kan inte jag det där?</p>	<p>Bra på att gå Planerar dagen Man får ju säga till Man kan ju inte ta på sig Ett aktivt beslut Säga att det där gör jag imorgon Jag slutar nu Själv ordna med En massa val Vill inte jobba lika mycket Varit med och lagt scheman Förändringar som man fått kämpa fram Jag säger till henne Lärt mig säga nej Vi sitter med och förhandlar Inte riskera Man måste säga ifrån Vilka gränser man har Man inte tar på sig en ny jour Jag kan ju inte ta åt mig för att den här patienten Hanteringssystem Man kan påverka Inte låta sig ryckas med Sätta gränser Intuition Tror att man inte har det och då väljer man inte Gör ändå sitt eget liv Känsla av kontroll över situationen Valt att göra på ett visst sätt Jag går ju hem när min dag är slut Men valt det här Vi har varit ganska engagerade Att lära sig känna att något inte är riktigt rätt Bli ännu bättre på att skjuta ifrån sig Bättre på att begränsa Jag blivit bättre på att avgränsa problemen Tänker inte komma hit och hela natten för skoj skull Mycket man kan justera Man kan driva saker åt ena eller andra hållet Jag upplever nog ändå att jag kan påverka Jag kan ju ändå påverka innehållet i mitt arbete Vad jag tycker är viktigt Också hur mycket man vill engagera sig Det finns möjlighet att göra på bägge sätt Finns möjlighet att om man vill göra andra saker Möjlighet att påverka min arbetsplats</p>
--	--	--

		<p>Man har ganska goda möjligheter att påverka sitt arbete</p> <p>Våga säga ifrån, sätta gränser</p> <p>Sätta stopp</p> <p>Tog jag ut komptid för att vara ledig på eftermiddagarna</p> <p>Sätta gränser</p> <p>Det här kan jag stå för</p> <p>Säga att nej</p> <p>Jag har ju bestämt mig</p> <p>Sätta gränser och säga nej</p>
In & Ut 3 ST-läkare	<p>Kommer att skicka anmälningar till Hosan hur som helst</p> <p>Klämma in det</p> <p>Tolerant här i schemat</p> <p>Hela tiden hitta sådana där små luckor</p> <p>Mycket ligger också på patienten</p> <p>Ha luft på jobbet</p> <p>Man får mer och mer att göra</p> <p>Måste hinna</p> <p>Pressar in det</p> <p>Det här är den tiden jag har</p> <p>Sen måste jag göra andra saker</p> <p>Pressad arbetssituation som man inte känner att man råår på</p> <p>Lite tid hemma med familjen</p> <p>Jobbet ska göras</p> <p>Olika tekniker</p> <p>Sitter i huvudet</p> <p>Får liksom inte lägga det åt sidan och fundera</p> <p>Få ruljansen att flyta</p> <p>Måste komma ikapp</p> <p>Administrativa ruljansen som ska flyta bättre</p> <p>Mycket att göra</p> <p>Försöker avsluta patienter</p> <p>Jobbade vi lite mer och så klarade vi det</p> <p>Inte får tid för reflektion</p> <p>Inte får tid för att fråga</p> <p>När du håller i en journal så gör klart den och lägg inte undan</p> <p>Tippen faller snabbt bort när verkligheten pressar på utifrån</p> <p>Det förväntades av mig</p> <p>Man kan inte göra så mycket val</p> <p>Det som händer det händer</p> <p>Ändra arbetstekniken</p> <p>Duktighetssyndromet</p>	<p>Går ifrån fast jag inte har något på schemat</p> <p>Istället för att bli skitförbannad</p> <p>Då måste jag välja bort det</p> <p>Gå utan att jag har något jätteviktigt</p> <p>Kan vara obekvämt</p> <p>Sätta stopp så det inte går inåt</p> <p>Säger vad man behöver</p> <p>Jobbar ju inte fullt naturligtvis eftersom jag har småbarn</p> <p>Våga ta det och bemöta personen</p> <p>Kunna se det</p> <p>Inte längre behöver ta åt mig av stressen</p> <p>Kan hantera det</p> <p>Faktiskt måste läsa det här nu</p> <p>Okej att tycka en patient är skitjobbig</p> <p>Bytte jag liksom inriktning av personliga skäl</p> <p>Vilka val vi gör i livet</p> <p>Mina gränser</p> <p>Jobba på ett bra sätt</p> <p>Gör man val</p> <p>Inte bli offer för situationer</p> <p>Den här delen av arbetet vill jag inte göra</p> <p>Måste inte bli den underdåniga underläkaren</p> <p>Stora fördelar med att införa begreppet val</p> <p>Lita på sig själv</p> <p>Den gränsen sätter ju olika doktorer på olika nivåer</p> <p>Arbeta med att avsluta frågor</p> <p>Inget konstruktivt i att gå och sucka eller bara jobba snabbare</p> <p>Trygghetsbank</p> <p>Eller säga, jag måste ha mer tid</p> <p>Ta beslut och våga</p> <p>Då måste jag ha mer tid</p> <p>När jag har valt tiden, starkare i sig själv</p> <p>Kunna säga nej</p>

	Svårt att sätta gränser Dåligt samvete Inget att göra åt Göra fel Sliten mellan hem och jobb Justera mitt schema Väldigt kluven Jättestressigt för mig Dåligt samvete Skyddsdräkt för mer än bara smittor	Gränser Säga att nej Driva min egen verksamhet Måste göra val Man tar mer plats Tryggare i sin roll Intuition Gjorde rätt saker Gränssättning
--	--	---