



**EKONOMI
HÖGSKOLAN**
Lunds universitet

Kandidatuppsats, 10 poäng

Juni 2005

Kund eller patient?

– Till kritik mot en marknadsanpassning av patientbemötandet

Författare

Björn Andersson 780824-4136

Charlotte Hult 820529-4609

Annika Svensson 830115-0069

Handledare

Nadja Sörgärde

Sammanfattning

Titel:	Kund eller patient? – Till kritik mot en marknadsanpassning av patientbemötandet
Seminariedatum:	2005-06-03
Inriktning:	FEK 582, Kandidatuppsats 10 p
Författare:	Björn Andersson, Charlotte Hult & Annika Svensson
Handledare:	Nadja Sörgärde
Nyckelord:	New Public Management, Service Management, sociala grupper, patientbemötande, klientifiering.
Syfte:	Syftet med denna uppsats är att, utifrån en analys om läkarprofessionens eventuellt förändrade syn på patientbemötandet - gällande både sin egen och patientens roll - kritisera och kontrastera New Public Management och Service Management angående marknadsanpassning av läkar- och patientrollen.
Metod:	Vi utgår från ett tolkande paradigm och använder oss av en kvalitativ metod.
Teoretiskt perspektiv:	Vi kritiserar New Public Management och Service Management inom svensk sjukvård huvudsakligen utifrån Etienne Wengers teori om sociala grupper i samhället, men även utifrån Michel Foucaults och Jean Baudrillard's teorier.
Empirisk data:	Empirisk data presenteras tillsammans med teorin och tolkas utifrån teorin. Empirin härstammar från åtta intervjuer och en observation, men består även av sekundärdata i form av artiklar från läkarfackpress
Slutsatser:	Vi har gjort ett försök till att dekonstruera den idealbild som New Public Management och Service Management målar upp angående hur relationen mellan läkare och patient bör vara. Vi menar att en idealbild inte har möjlighet att få fotfäste utan att ha såväl historisk som samtida förankring.

Abstract

- Title:** Customer or patient? - A criticism of market adaptation of the patient meeting.
- Seminar date:** 2005-06-03
- Course:** FEK 582, Bachelor thesis in business administration, 10 Swedish credits (15 ECTS)
- Authors:** Björn Andersson, Charlotte Hult, Annika Svensson
- Advisor:** Nadja Sörgärde
- Key words:** New Public Management, Service Management, Social groups, patient meeting, clientification.
- Purpose:** The purpose of this thesis is to, from an analysis of the medical profession's possibly changed view on the patient relation – concerning both their own and the patients' roles – criticize and contrast New Public Management and Service Management concerning a market adaptation of the doctor and patient role.
- Methodology:** We use an interpretive paradigm and a qualitative method.
- Theoretical perspective:** We criticize New Public Management and Service Management in Swedish health care mainly from Etienne Wenger's theory concerning social groups and social dimensions, but use theories from both Michel Foucault and Jean Baudrillard in addition.
- Empirical foundation:** Empirical data is presented together with theory and is interpreted using the theory. The empirical data comes from eight interviews and one observation, but also consists of secondary data in the form of articles from the medical press.
- Conclusions:** We have made an attempt to deconstruct the ideal picture that New Public Management and Service Management paints regarding how the relation between doctor and patient ought to be. We mean that this ideal picture has no possibility to gain a foothold without having both historical as well as present ties.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Abstract.....	3
1 Inledning.....	6
1.1 Bakgrund.....	6
1.2 Problemdiskussion.....	7
1.2.1 Förändring.....	7
1.2.2 Utbildningens avtryck.....	8
1.2.3 Etik- och normsystem.....	8
1.2.4 Problemstudie.....	9
1.3 Syfte.....	10
2 Metod.....	11
2.1 Tolkande paradig.....	11
2.2 Det subjektiva elementet.....	11
2.2.1 En förklaring av ordet ”vi”.....	12
2.2.2 Förhållningssätt och relation till subjekten.....	12
2.3 Kvalitativ metod.....	12
2.4 Förförståelse.....	13
2.5 Urval.....	14
2.5.1 Användande av gatekeepers.....	14
2.5.2 Anonymitet.....	15
2.6 Insamling av empirisk data.....	15
2.6.1 Intervjumetod.....	16
2.6.2 Intervjuareffekt.....	17
2.6.3 Observationsmetod.....	18
2.6.4 Kritik mot primärdata.....	18
2.6.5 Sekundärdata.....	18
2.6.6 Kritik mot sekundärdata.....	19
2.7 Val av teori.....	19
2.7.1 Teori och empiri samt deras inbördes relation.....	20
2.7.2 De olika teoriernas signifikans.....	21
3 New Public Management	22
3.1 Historisk bakgrund.....	22
3.1.2 Reform eller trend?.....	22
3.2 Förändringar inom den offentliga sektorn.....	23
3.3 Effektivisering inom sjukvården.....	25
3.4 Relation mellan privat och offentlig sjukvård.....	26
3.5 Styrning av sjukvården.....	27
4 Service Management	29
4.1 Service Management systemet.....	29
4.2 Möjligheter med kundanpassning.....	30
4.3 Svårigheter med kundanpassning.....	31
4.3.1 Kundbegreppet	32

4.3.2 Sjukdomstillståndet.....	32
4.3.3 Olika villkor patienter emellan	34
4.3.4 Om kunskap och förtroende.....	35
4.3.5 Patientens och läkarens roller	36
5 Kommunikation.....	38
5.1 Läraryrkets förändring.....	38
5.1.1 Sändarens roll	39
5.2 Att skapa mening.....	42
5.3 Förförelse i budskapet - att få någon att göra som man vill.....	43
6 Makt, status och sanning.....	45
6.1 Bilden av läkaren.....	45
6.2 Tre olika maktdiskurser över tid.....	46
6.2.1 Om diskurser.....	46
6.2.2 Suverän makt.....	47
6.2.3 Disciplinär makt.....	48
6.2.4 Abstrakt makt – examination.....	49
6.3 Om förhållandet mellan makt och status.....	49
6.4 Att vara den som säger sanningen.....	52
7 Sociala grupper dimensioner och sociala faktorer.....	53
7.1 Sociala grupper betydelse.....	54
7.2 Teorins byggstenar.....	54
7.2.1 Engagemang.....	54
7.2.2 Fantasi.....	55
7.2.3 Inriktning.....	56
7.2.4 Organisation: energiskt lärande.....	57
7.2.5 Ömsesidighet: Socialt kapital.....	57
7.2.6 Repertoar: Självmedvetenhet.....	58
8 Analys.....	59
8.1 Vänner och fiender	59
8.2 Kritik mot New Public Management	60
8.3 Kritik mot Service Management.....	60
8.4 Förändring i kommunikation.....	61
8.5 En ny form av auktoritet.....	61
8.6.1 Förklaring av hur patientbemötandet ser ut och varför.....	63
8.6.2 Generell analys	63
8.6.3 Analys - energiskt lärande.....	65
8.6.4 Analys - socialt kapital	65
8.6.5 Analys - självmedvetenhet.....	66
8.6.6 Sammanfattning av den sociala gruppen	67
8.7 Slutsats.....	67
9 Reflekterande slutord.....	69
Referenser.....	71
Bilaga 1 - Intervjuguide till läkare.....	74

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Sjukvården i allmänhet och patientbemötandet i synnerhet är alltid ett aktuellt ämne som många i samhället sannolikt har en åsikt om. Detta har gjort att vi har valt att behandla just läkare-/patientförhållandet. Vi skall i denna uppsats med hjälp av teori och våra insamlade empiriska data ge vår förklaring till varför det kan vara så svårt att skapa förändringar i relationen mellan läkare och patient, vad gäller just själva bemötandet.

Läkar-/patientförhållandet befinner sig i en ständig förändringsprocess och på senare år har patienten fått fler rättigheter¹. En patient har rätt att fatta sina egna beslut, rätt till full information, rätt att läsa sin journal och läkaren måste få patientens tillåtelse innan medicinsk behandling genomförs². Detta har gjort att läkar-/patientförhållandets förutsättningar förändrats, precis som läkarens roll. Läkaren har genom tiderna haft en (mekaniskt) auktoritär roll i förhållande till patienterna, men i dagens postmoderna samhälle har patienten tillgång till information på ett helt annat sätt än tidigare (till exempel genom Internet). Detta har tillsammans med ökade lagstiftade rättigheter för patienten lett till att förhållandet mellan läkare och patient förändrats³.

¹ Mabeck, Carl Erik, *Läkaren och Patienten Patientcentrerad Medicin*, 1995

² Mabeck, Carl Erik, *Läkaren och Patienten Patientcentrerad Medicin*, 1995

³ Eliasson, Gösta, *Dags för läkarkåren att ta sitt ansvar för sin professionella utveckling*, Läkartidningen nr 7, 2005, s 492

1.2 Problemdiskussion

1.2.1 Förändring

Läkarprofessionen är inne i en förändringsprocess, där marknadsanpassning har blivit en av de viktigaste förändringarna enligt förespråkare för New Public Management⁴, reformen som kan karaktäriseras som ett paraplybegrepp på förändringar inom den offentliga sektorn⁵. Med marknadsanpassning menar vi att läkaren intar en ny roll gentemot patienten. En roll som mer liknar ett kundförhållande än ett patientförhållande. I ett marknadsanpassat möte mellan läkare och patient skulle patienten ges mer inflytande, men högre krav skulle även ställas på patienten, att ta egna beslut om behandling och även välja vem som skulle utföra behandlingen. Det finns även en strävan att anpassa sjukvården efter tillgång och efterfrågan på sjukvård. Det traditionella läkar-/patientförhållandet baserades på att läkaren ställde diagnos och fattade beslut rörande behandling⁶. I dag måste läkaren vara beredd på att patienten ställer krav och frågor, vilket leder till att ansvarsfördelningen har ändrats⁷. Även om läkarens roll har förändrats, har den fortfarande samma huvudsyfte, att hjälpa och bota, men genomförandet har ändrats, eftersom patienten är med och bestämmer vilken behandling de vill att läkaren skall genomföra⁸. Det gammalmodiga synsättet, att tvinga människor att rätta sig efter vad läkaren säger, håller således på att försvinna och patienten får själv vara med och avgöra vad som är bäst⁹. Detta kan vara en väldigt komplicerad process eftersom patient och läkare oftast tänker på olika sätt¹⁰. Det är därför av stor vikt att läkare kan komplettera sina medicinska kunskaper med patientens uppfattning av hur ett läkarbesök skall gå till och hur patienten uppfattar den aktuella verkligheten¹¹. För att kommunikationen skall fungera mellan läkare och patient, måste det, enligt Carl Mabeck, som själv har studerat läkare-/patientförhållanden, försöka byggas broar över den klyfta som finns mellan den medicinsk-naturvetenskapliga uppfattningen och patientens uppfattning av problemet. Mabeck menar vidare att

⁴ Chen, Bin, *Rethinking New Public Management*, 2002

⁵ Almqvist, Roland M, *Icons of New Public Management*, 2004

⁶ Mabeck, Carl Erik, *Läkaren och Patienten Patientcentrerad Medicin*, 1995

⁷ Mabeck, Carl Erik, *Läkaren och Patienten Patientcentrerad Medicin*, 1995, s 6

⁸ Eliasson, Gösta, *Dags för läkarkåren att ta sitt ansvar för sin professionella utveckling*, Läkartidningen 2005:7, s 492

⁹ Eliasson, Gösta, *Dags för läkarkåren att ta sitt ansvar för sin professionella utveckling*, Läkartidningen 2005:7, s 492

¹⁰ Pendelton, David, mfl, *Konsultationen - kommunikation mellan läkare och patient*.

¹¹ Mabeck, Carl Erik, *Läkaren och Patienten Patientcentrerad Medicin*, 1995, s 2

patienten har den utgångspunkten att hon själv kan formulera sina önskemål och förväntningar på tillvaron, hon vill inte att någon annan skall bestämma över henne. Att patienten är med och bestämmer över sin behandling kan både skapa mer effektivitet i organisationen, men även komplikationer (vilket vi kommer att bygga vidare på).

1.2.2 Utbildningens avtryck

För att bli läkare krävs fem och ett halvt års utbildning, följt av en lång vidareutbildning för att bli specialist. Redan från första början när läkarstudenten inleder sina studier måste denne försöka blockera en del känslor för att klara av vissa moment i utbildningen. Det är inte så lätt att som ung student att gå in i en dissekeringsrum och arbeta för att sedan direkt gå till en levande patient och försöka visa känslor¹². Redan här börjar alltså problemet att yttra sig; en läkare måste kunna stänga av och på sina känslor. Detta är givetvis inte alltid en så enkel uppgift och dessutom en uppgift som kan antas leda till kommunikationsproblem i framtiden.

Vi kommer i denna uppsats bland annat argumentera för att den långa utbildningen formar läkarna och hur de kommer att agera på sin arbetsplats och i samhället. Utbildningen är en av de viktigaste faktorerna för en stark samanhållning inom olika sociala grupper (läkarkåren definieras som en social grupp i denna uppsats).

1.2.3 Etik- och normsystem

Den som vinner inträde i Sveriges läkarförbund skall ständigt låta sig ledas av de etiska reglerna som gäller inom läkaryrket¹³. Under de senaste åren har intresset för de etiska koderna förändrats och nu är det inte bara läkare som utformar etikregler, utan även patientföreningar är med i själva utformandet. Denna utformning har lett till att läkar-/patientförhållandet har blivit mer patientcentrerat¹⁴; att patienten är med och bestämmer i konsultationen. Frågan är om samhället verkligen kan, eller rättare sagt vill, anpassa sig efter ett patientcentrerat synsätt fullt ut.

¹² Salinsky, John & Sackin, Paul, *Hur känns det, doktorn?*, 2004

¹³ Etiska regler för läkarkåren http://www.whiplashinfo.se/etik/etiska_regler_for_lakarkaren.htm

¹⁴ Mabeck, Carl Erik, *Läkaren och Patienten Patientcentrerad Medicin*, 1995

Teorin kring Service Management menar att en kund är en aktiv deltagare i leveranssystemet¹⁵ och därmed skulle patienten i egenskap av kund ha en aktiv roll i samspelet med läkaren. Frågan blir då, vill patienten verkligen ta ett medansvar i hur behandlingen skall läggas upp och hur valet av behandling skall göras? Många frågetecken uppkommer och en del blir misstänksamma mot läkarens kompetens när de själva skall vara med och bestämma. Vet läkaren inte längre vad som är rätt eller fel?¹⁶

1.2.4 Problemstudie

Vi undersöker i denna uppsats hur läkare ser på den nya läkarrollen: är det så som litteraturen säger? Att patienten är med och bestämmer mer nu än förut? Ses patienten som en kund och har Service Management fått fotfäste inom sjukvården? Har sjukvården, genom idéer från New Public Management-reformen, blivit mer marknadsanpassat? För att försöka förstå och tolka detta fenomen tar vi hjälp av Etienne Wengers teorier för att ge vår förklaring till varför läkarens sociala grupp tillhörighet spelar roll i mötet med patienten. Genom att se läkare som en speciell grupp vill vi förklara problematiken i att försöka förändra och anpassa denna grupp till att bli ”säljare” av en tjänst. Omständigheterna består i saker som sätt att kommunicera, lojalitet och kollegialitet inom den sociala gruppen, som vi menar gör att läkare-/patientförhållandet svårt att förändra.

Det får inte glömmas att läkare arbetar inom ett vetenskapligt arbete som förknippas med en speciell kultur, ett kollektiv, vilket läkare skolas in i och som upprätthålls av ett gemensamt arbete och ett gemensamt språk¹⁷. Detta skapar en bild av hur läkaren skall agera i samhället, och denna bild som skapats kan vara svår att förändra.

Det finns mycket skrivet om läkar-/patientförhållandet, men alla studier som vi har tagit del av, har belyst den positiva bilden av ett patientcentrerat perspektiv¹⁸. Ett bestridande av denna positiva bild har vi däremot funnit i bland annat läkarfackpressen, där artikelförfattarna snarare visar på dess nackdelar¹⁹. I denna uppsats motsäger vi inte att det finns positiva effekter med patientcentrerad vård, men vad vi gör är att vi använder oss av läkarens syn på det nya betraktelsesättet (att patienten ses som en kund) för att se

¹⁵ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

¹⁶ Mabeck, Carl Erik, *Läkaren och Patienten Patientcentrerad Medicin*, 1995, s 3

¹⁷ Mabeck, Carl Erik, *Läkaren och Patienten Patientcentrerad Medicin*, 1995, s 31

¹⁸ Exempel: Nordgren, Lars, *Från patient till kund*, 2003

¹⁹ Feldt, Kjell-Olof, *Patientens rätt att få veta, förstå och själv fatta beslut*. Läkartidningen nr 39, 2003

om läkar-/patientförhållandet verkligen har förändrats så mycket som det påstås i teorin²⁰. Kan det vara så att det finns en inneboende motsägelse i att marknadsanpassa sjukvården med avseende på läkar-/patientförhållandet? Bör det teoretiska mönstret ändras på den tegelsten i Vetenskapens Hus²¹ varpå New Public Management och Service Management²² vilar, och i så fall varför?

1.3 Syfte

Syftet med denna uppsats är att, utifrån en analys om läkarprofessionens eventuellt förändrade syn på patientbemötandet - gällande både sin egen och patientens roll - kritisera och kontrastera New Public Management och Service Management angående marknadsanpassning av läkar- och patientrollen.

²⁰ Edgren, Lars, *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*, 1991

²¹ Weber, Max, *The methodology of Social Sciences*, 1949

²² Se kapitel 3 respektive 4

2 Metod

2.1 Tolkande paradig

Vi utgår i denna uppsats från ett tolkande paradig²³, för att på så vis ha förhoppning om att öka våra analysmöjligheter inom det valda problemområdet. Den fördel vi ser med att använda oss av en tolkande ansats jämfört med en mer funktionalistisk är att vi bättre kan ta vara på våra subjektiva upplevelser utifrån våra erfarenheter som insamlats från flera håll. Vi kan även bättre ta vara på språkets och kommunikationens roll för upplevelsen av interaktionen²⁴ mellan läkare och patient.

2.2 Det subjektiva elementet

För att vi skall få så stor förståelse av vårt valda fenomen som möjligt och tolka dess framträdelseformer är det viktigt att förstå vårt subjektiva förhållningssätt. Detta har vi för att få en inblick i just subjektiviteten och närma oss problemets verkningshistoria, och på så sätt framhäva att hur vi förhåller oss till problemet också är en del av själva problemet²⁵. Vid en ökad förståelse av denna subjektivitet möjliggörs en förståelse för problematiken för metoderna för själva problemlösningen och ett närmande till förståelse av handlingen²⁶. I vårt fall så kan detta exemplifieras med att vi genom att söka subjektiva upplevelser hos våra respondenter, inte strävar efter att ge några enkla svar och lösningar som alla pekar åt samma håll, utan har förståelse för komplexiteten av problemet och undersökningen.

²³ Morgan, G, *Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organizational Theory*. 1980, s 608.

²⁴ Morgan, G, *Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organizational Theory*. 1980, s 608.

²⁵ Weber, Max, *The methodology of Social Sciences*, 1949

²⁶ Weber, Max, *The methodology of Social Sciences*, 1949

2.2.1 En förklaring av ordet ”vi”

Viktigt att påpeka är att ordet ”vi” (och alla former därav) genomgående används för att uttrycka dels vårt (författarnas) berättande och dels vårt (författarnas) argumenterande. Tanken bakom detta är att det finns tänkande och ansvariga subjekt som markerar sin närvaro i den studerade miljön och i interaktionen med dess subjekt²⁷.

2.2.2 Förhållningssätt och relation till subjekten

Den metodologiska frågan - angående definitionen inifrån (av professionen självt) och utifrån (av oss) av läkarprofessionen och allt som därtill hör - är till vilken grad vi, som intervjuare och observatörer, har varit med om att skapa dessa definitioner genom att förmedla våra egna bilder vid vår närvaro. Hur mycket vikt som skall läggas vid detta - och huruvida vi som intervjuare och observatörer lägger dessa definitioner på subjekten, eller om vi bara bekräftar en bild de redan har - är en intressant aspekt för läsaren att ta hänsyn till vid en bedömning av denna och andra definitioners värde.

I de fall det förekommer etisk argumentation utgår detta från subjektens subjektiva uppfattning av sin verklighet tolkad av oss. Vi menar att denna etiska argumentation är omöjlig att bortse från i en subjektiv betraktelse.

2.3 Kvalitativ metod

Målet med att använda oss av kvalitativ metod är att vi genom den vill uppnå en förståelse för den sociala verkligheten så som den framträder för subjekten och att utifrån detta kunna beskriva hur dessa världsbilder formar deras beteenden inom denna verklighet.

²⁷ Andersson Gunnar & Persson Anders, *Närhet/distans, forskare/informant, forskning/undervisning – några avslutande reflektioner*. 1999.

Vi väljer att utgå från individens egna definitioner av verkligheten och av de regler som bildar svårigenomträngliga ramar för individen. Inte för att nå ”sanningen” - utan för att erbjuda förklaringar, klarlägganden och kanske framför allt att avmystifiera de sociala och kulturella former som omger oss²⁸.

2.4 Förförståelse

I denna uppsats talar vi om läkaryrket som en profession. I vårt syfte nämner vi ”läkarprofessionen” och vi vill därför i detta avsnitt beskriva vår förförståelse och förklara vad vi menar med profession. I början av arbetet med denna uppsats ville vi veta hur ”profession” egentligen definieras. Vi använder oss av Mats Alvessons definition, som menar att följande kriterier, som är mer eller mindre accepterade, skall vara uppfyllda för att yrket skall vara en verklig ”profession”²⁹:

- ✓ Det vilar på en systematisk och vetenskapligt grundad teori.
- ✓ Den kräver en lång och standardiserad formell utbildning.
- ✓ En stark professionell sammanslutning reglerar dess medlemmar.
- ✓ Professionell kunskap snarare än positionen i byråkratin styr besluten och arbetet inom den professionella sfären.
- ✓ Det finns en etablerad etisk kod.
- ✓ Det finns en särskild yrkeskultur.
- ✓ Det råder en stark klientorientering.
- ✓ Den är socialt sanktionerad och auktoriserad.
- ✓ Det finns auktoriseringskriterier.
- ✓ Det råder monopol på en särskild arbetsmarknad genom professionens egen reglering.

Alvesson menar vidare att dessa kriterier endast uppfylls av läkare, tandläkare, veterinärer och psykologer, och vi menar också att det inte finns någon orsak till att vi

²⁸ Gubrium, James F. & Holstein, James A, *The New Language of Qualitative Method*, 1997.

²⁹ Alvesson, Mats, *Kunskapsarbete och kunskapsföretag*, 2004, s 36.

inte borde kalla läkaryrket för profession³⁰. Många av ovanstående punkter kommer fortsättningsvis i denna uppsats att behandlas.

2.5 Urval

Vi har intervjuat åtta läkare i varierande ålder och kön. Medvetet har vi inte riktat in oss på en speciell grupp inom läkaryrket, utan slumpmässigt valt ut våra initiala respondenter och från dessa fått vidare kontakter för fortsatt datainsamling. Att vi valt att intervju just åtta läkare beror på att vi anser att detta antal är lagom stort för att ge en variation (och därmed en djupare förståelse) i empirin, samtidigt som antalet respondenter inte är så stort att det innebär förvirring för läsaren vad gäller tillgodogörelsen av det empiriska materialet.

2.5.1 Användande av gatekeepers

Vi har i denna uppsats använt oss av ett antal så kallade ”gatekeepers”³¹ för insamlandet av empiriska data. ”Gatekeepers” i form av att de läkare vi intervjuat i ett tidigt stadium av arbetet har hjälpt oss att komma i kontakt med andra läkare.

Vi är väl medvetna om att detta kan kritiseras metodologiskt, men det är inte vår avsikt att presentera en objektiv studie över läkarkårens samlade åsikter om vårt problemområde. Tvärtom anser vi att just användandet av ”gatekeepers” istället kan stärka undersökningens och analysens värde genom att vi med hjälp av, inom läkarkåren, interna kontakter har kommit i kontakt med flera av våra intervjupersoner. En fördel med detta tillvägagångssätt är att vi har intervjuat läkare som kan vara svåra att komma i kontakt med utan ”gatekeepers”. Subjektiviteten i urvalsprocessen får ställas mot svårigheten att nå in i läkarkåren (bortom sedvanliga informationskanaler och personer som arbetar med just information till allmänheten) och denna uppsats

³⁰ Alvesson, Mats. *Kunskapsarbete och kunskapsföretag*, 2004 .

³¹ En person som förmedlar kontakter inom miljön och således fungerade som en slags mellanhand mellan oss och de personer vi intervjuade. Se Gubrium, James F. & Holstein, James A, *The New Language of Qualitative Method*, 1997.

syfte. Det är mot bakgrund av detta som vi fattade beslutet att använda oss av ”gatekeepers”.

2.5.2 Anonymitet

Vi har valt att låta intervjupersonerna förbli anonyma i uppsatsen och endast kortfattat beskriva vilka de är, utan att nämna deras namn. Vi kommer här fortsättningsvis att presentera de åtta läkare som vi har intervjuat tillsammans med information om hur många år personen har haft inom läkaryrket sedan läkarexamen avlades. Vi kommer att kalla dem Läkare 1, Läkare 2 och så vidare där numreringen har skett helt slumpmässigt. De läkare vi har intervjuat är:

Läkare 1 - Ungefär tio år i yrket

Läkare 2 - Ungefär tio år i yrket

Läkare 3 - Ungefär 30 år i yrket

Läkare 4 - Ungefär 40 år i yrket, pensionerad

Läkare 5 - Ungefär 30 år i yrket

Läkare 6 - Ungefär fem år i yrket, ST-läkare³²

Läkare 7 - Ungefär 30 år i yrket

Läkare 8 - Ungefär fem år i yrket, ST-läkare

2.6 Insamling av empirisk data

Vi har i denna uppsats använt oss av såväl primär- som sekundärdata. Primärdatan består av främst intervjuer, men även av observationer, medan sekundärdatan till största delen består av artiklar i läkarfackpressen (såsom ”Läkartidningen”). Det bör nämnas att studier av sekundärdata har föregått insamlandet av primärdata.

³² Specialisttjänstgöring som avlägges efter allmäntjänstgöring. Vanligen fyra till fem år.
<http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?=2189#3>

2.6.1 Intervjumetod

Den semistrukturerade, riktat öppna intervjuform som vi använder oss av ger fördelen av att ge stora datamängder från det relativt lilla antal respondenter vi samlat in data från. Genom denna intervjuform har vi en förhoppning om att nå en individualiserad kunskap från respondenterna, samtidigt som vi i varje individuell intervju kan tolka hur respondenten uttrycker sig i förhållande till dels oss som intervjuare och dels den problematisering vi presenterar för dem.³³

Den riktat öppna intervjun har den fördelen, jämfört med andra typer av intervjuer, att ett mer utforskande (explorativt) intresse tillgodoses³⁴. Valet att välja bort strukturerade intervjuformer skedde främst av den anledning att vi strävade efter att nå en utforskande (explorativ) förståelse framför en mer beskrivande (deskriptiv) sådan. En helt öppen intervjuform anser vi vara för bred med tanke på problemområdets omfattning, samtidigt som vi är av den meningen att vår valda intervjumetod ger tillräckligt stort utrymme för uppmuntran och fördjupning inom vårt valda problemområde och dess betydelse.

Våra intervjuer har ägt rum på Universitetssjukhuset i Malmö (UMAS) samt i en respondents hem i Lund. En intervju har även skett via e-post. Intervjuerna har ägt rum under tre veckor i april och maj 2005. Anledningen till att vi valt att utföra en intervju via e-post är att respondenten var yrkesverksam i Stockholm och själv föreslog denna intervjuform framför telefonintervju, på grund av tidsbrist. Vi är medvetna om att intervjuformen skiljer sig från våra övriga, men beslutade ändå att e-postintervjun tillförde, för denna uppsats, viktiga data och därför skulle användas.

Vi har i samtliga fall varit öppna med avsikten med intervjun och uppsatsarbetet i stort och har även erbjudit respondenterna att ta del av den slutgiltiga produkten. Även om det kan anses vara en viss problematik med att öppet meddela avsikten med intervjun³⁵, så är vi av den åsikten att utfallet blir bättre om respondenterna redan initialt har

³³ Jacobsen, Dag Ingvar. *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*, 2000, s 160ff.

³⁴ Jacobsen, Dag Ingvar. *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*, 2000.

³⁵ Jacobsen, Dag Ingvar, *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*, 2000, s 165.

möjlighet att ta del av vårt ämnesval för att bättre kunna förmedla sina upplevelser och åsikter såsom experter inom den profession vi studerar. Vi anser även att det är mer etiskt försvarbart att inledningsvis informera om syftet för att på så vis få ett informerat samtycke, vilket innebär att respondenterna under hela processen har haft rätt till att få veta vad informationen de delar med sig av skall användas till³⁶. Alla intervjuer (utom den som skett med Läkare 8 över e-post) har spelats in på bandspelare och transkriberats. Vi presenterar tematiskt vår intervjuguide i bilaga 1.

2.6.2 Intervjuareffekt

Vad gäller vår valda, riktat öppna och semistrukturerade, intervjuform så är det främst faktorer som kön, plats och ålder som kan anses ha påverkat ”resultatet” av intervjuerna. En viss intervjuareffekt är i sig omöjlig att undkomma³⁷, men vi har inriktat oss på att försöka minska den selektiva perceptionen i högsta möjliga mån. Detta skedde genom att vi sökte exempel och förklaringar på respondenternas subjektiva upplevelser istället för att försöka anta vad respondenterna menade vid ett givet tillfälle. Vi anser inte att detta står i kontrast till vår tolkande ansats, utan istället är det ett sätt på vilket vi ytterligare försäkrade oss om att tillgodogöra oss respondenternas subjektiva uppfattningar.

Genom att försöka minska intervjuareffekten hoppas vi ha tagit del av en mer rättvisande bild av de subjektiva åsikter och upplevelser som respondenten besatt och vi menar att en riktat öppen intervju var det bästa tillvägagångssättet för att nå denna förståelse för miljön och dess subjekt.

³⁶ Jacobsen, Dag Ingvar, *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*, 2000, s 165.

³⁷ Jacobsen, Dag Ingvar, *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*, 2000.

2.6.3 Observationsmetod

En observation har genomförts under "VII Svenska Kardiovaskulära Vårmötet/XX" 27 april - 29 april på Malmömässan. Observationen var öppen: vårt syfte med observationen var inte på något vis dolt för de observerade. Målet med observationen var att studera hur läkare kommunicerar och umgås i grupp. Observationen ligger till grund för en stor del av kapitel 7 som behandlar Etienne Wengers teorier om sociala grupper.

2.6.4 Kritik mot primärdata

Vad gäller svårigheten att vinna tillträde till (och acceptans i) den sociala miljö vi observerade och intervjuade i, så kan detta mycket väl antas ha påverkat våra observationer och intervjuer. Likaså rollen vi själva spelade (som närvarande, men ändå socialt utomstående, observatörer och intervjuare) och den brist på relationer vi hade till den miljö vi observerade förändrar givetvis upplevelsen av observationen. Vi befann oss mitt i miljön och att anta att de observerade inte observerade de observerande är (ordleken till trots) naivt. Våra val kan givetvis kritiseras, men målet med observationen och intervjuerna var att försöka samla in så mycket data som möjligt (oavsett hur perifer den verkade vid tillfället) för att på så sätt försöka uppnå en bredare och djupare förståelse för miljön i sig och personerna i den, samt skapa en förståelse av de subjektiva upplevelser som miljön ger upphov till, motverkar och samverkar med.

2.6.5 Sekundärdata

Sekundärdatan i denna uppsats består främst av artiklar från Läkartidningen, men även av informella samtal med individer vilka har anknytning till läkarprofessionen på ett eller annat vis. Det kan även argumenteras för att vår förförståelse för problemområdet (för presentation av vår förförståelse, se "2.4 Förförståelse" ovan) kan ses som en form av sekundärdata i och med problemområdets öppna och allmänna natur.

2.6.6 Kritik mot sekundärdata

Vi är väl medvetna om att en stor del av den litteratur vi har tagit del av är skriven av och/eller för läkarprofessionen, vilket rimligtvis kan antas skönmåla informationen. Vi anser inte att detta är ett större problem men beaktar ändå löpande sekundärdatans eventuella partiskhet.

Kritik mot våra internetkällor finns också, men vi har eftersträvat att i största möjliga mån använda oss av officiella hemsidor för att få aktuella definitioner och uppfattningar inom problemområdet. Exempel på sidor som har använts är Svenska Läkarförbundets hemsida (SLF).

2.7 Val av teori

Som en bakgrund till ”klientifieringen” av patienter inom sjukvården (för en beskrivning av denna ”klientifiering”, se nedan under kapitel 3 och 4) så presenterar vi de övergripande tankarna inom det teoriområde som benämns ”New Public Management” och ”Service Management”.

Teorier kring ”Service Management Systemet” fyller rollen som ett teoretiskt verktyg att analysera huruvida bemötandet med patienten ses som ett ömsesidigt skapat tjänsteögonblick, det vill säga att patienten transformeras till kund och är med och skapar tjänsten i samråd med läkaren.

Vad gäller teorier angående kommunikationens betydelse (eller brist på betydelse) så har vi valt att tillämpa Jean Baudrillards teorier. Detta för att analysera sändarens (läkarens) roll och hur sändaren påverkar budskapet som han/hon förmedlar samt hur budskapet får formen av en uppmaning.

Vi har vidare valt att använda oss av Michel Foucaults teorier om vad kunskap är. Från Foucault använder vi även hans genealogiska³⁸ studie av läkaryrkets historiska utveckling mot en bild av professionens kunskap som blir till makt genom en föreställning om läkarens objektivitet och sanningstalande.

Avslutningsvis använder vi oss av Etienne Wengers teorier om ”Communities and social dimensions”³⁹, i vilken han redogör för sociala grupptillhörigheter och dess betydelse för synen på en profession. Målet är att tillämpa dessa på läkarprofessionen och utifrån dem göra en analys, för att på så vis försöka nå en större förståelse för vårt problemområde. Vi ämnar även visa på att det finns ett ojämnt maktförhållande mellan läkargruppen och patienterna genom att använda oss av Wengers teorier.

2.7.1 Teori och empiri samt deras inbördes relation

Vi har valt att frånga en mer traditionell disposition i denna uppsats och istället valt att presentera teori och empiri som en helhet, endast indelat tematiskt efter våra valda teoretiska områden (se ovan ”2.7 Val av teori”). Anledningen till att vi väljer detta upplägg är att vi anser att det på ett bättre vis tydliggör det nära förhållandet som vi menar existerar mellan vår empiri och hur vi har valt att teoretiskt förklara och tolka denna. Värdet i denna framställning är således att (utöver frångående och ifrågasättande av traditioner, vilket i sig kan ha ett visst värde) visa på en god begreppsöverensstämmelse mellan teori och empiri; att presentera empirin utifrån teorin. Utöver detta så menar vi att vår framställning mycket väl kan underlätta läsarens tillgodogörelse av uppsatsen, vilket bara det kan uppfattas som anledning nog till vår valda disposition.

Eftersom vår analys är tolkande, så beror analysen mycket på kraften i de logiska argument som framförs, men även den mest välformulerade logik är möjlig att dekonstruera. Detta leder till en bisarr situation, vari resultatets logiska giltighet beror mer på retorik och semantik än logik. Vi menar dock att en tolkande ansats kombinerat

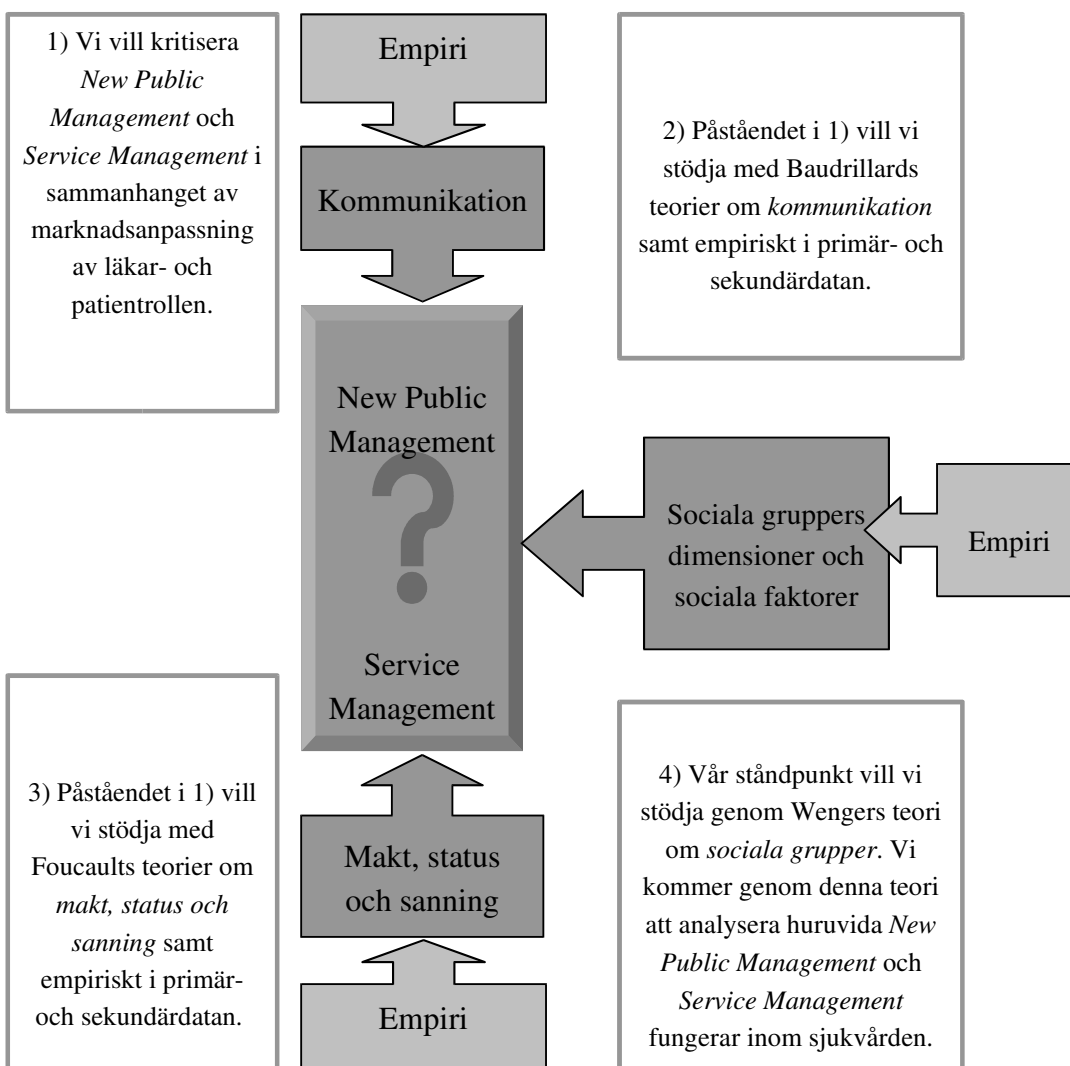
³⁸ Läran om släkternas ursprung. Begreppets akademiska betydelse härstammar från Friedrich Nietzsches ”*Genealogie der Moral*” (1887) och innebär en studie av hur olika historier, föreställningar om den ideala sanningen, skapar vår verklighet.

³⁹ Som vi här fritt översätter till sociala grupperns dimensioner.

med en mer traditionell kvalitativ studie flyttar fokus bort från språket och mot empirin. Vår valda metod ger även stort utrymme för en hög grad av internt intresse i och med respondenternas ställning som aktiva deltagare inom sin profession.

2.7.2 De olika teoriernas signifikans

Alla teorier är inte av samma signifikans i denna uppsats. Det är utifrån Wengers teorier som vi huvudsakligen analyserar och kritiserar New Public Management och Service Management emedan Foucaults och Baudrillards teorier mer används som stöd för Wenger samt för att underlätta tolkningen av empiri. För en schematisk bild av detta se nedan:



3 New Public Management

3.1 Historisk bakgrund

Som vi beskrivit ovan under 2.9, utgår vi i denna uppsats från New Public Management i tolkandet av delar av våra insamlade empiriska data. Vi har med hjälp av vår empiri tolkat New Public Management genom den subjektiva bild som de intervjuade läkare har av verkligheten och hur de har uppfattat olika förändringar inom sjukvården. Vi kommer i detta kapitel att kritisera New Public Management med hjälp av empirin och våra sekundärdata, vilket kommer få stöd i kapitel 5 till och med 7, där vi förstärker vår förklaring till varför vi kritiserar reformen i denna uppsats. I kapitel 4 fördjupar vi oss och tolkar patientbemötandet utifrån den närbesläktade teorin, Service Management, som vi kommer att kritisera och även här få stöd av kapitel 5 till och med 7.

3.1.2 Reform eller trend?

New Public Management är en benämning för en internationell ”trend”, vilken modifierar synen på den politiska styrningen och administrationen, men även en benämning på de olika reformer som ägt rum i den offentliga sektorn i olika länder under de två senaste decennierna⁴⁰. Benämningen brukar därför karaktäriseras som ett paraplybegrepp, vilket används för att beskriva de olika förändringarna som har skett inom den offentliga sektorn i marknadsanpassningssyfte⁴¹. I denna uppsats utgår vi ifrån att New Public Management är mer ett reformarbete än en trend. Begreppet användes först 1991 av Hood, men det har funnits i tidigare reformer som har haft liknade idéer, dock har ingen av dessa tidigare benämnts som New Public Management⁴². Det finns

⁴⁰ Sahlin- Andersson, Kerstin, *National, International and Transnational Constructions of New Public Management*, 2000

⁴¹ Almqvist, Roland M, *Icons of New Public Management*, 2004 s 16

⁴² Christensen, Tom & Laegreid, Per, *New Public Management*, 2003

olika idéer om hur reformen startade. En del menar att idéerna kommer från den offentliga alternativsteorin⁴³, andra menar att idéerna startade i den klassiska offentliga administrationen⁴⁴. Det finns således en mängd idéer om hur reformen startade, vilket också lett till att reformen har fått olika utformningar och genomslagskraft i olika länder⁴⁵. För att reformen skall få kallas New Public Management måste den alltså innehålla en internationell ansträngning, som skall ändra på den centralpolitiska administrationens struktur inom den offentliga sektorn⁴⁶.

3.2 Förändringar inom den offentliga sektorn

Förändringarna inom den offentliga sektorn i Sverige skall skapa ett nytt tänkande och ett nytt sätt att styra den offentliga sektorn⁴⁷. New Public Management-konceptet innehåller ett kluster av idéer lånade från den privata sektorns affärsmodell⁴⁸. Grundtanken för reformarbetet är att styra den offentliga sektorn som den privata; att eftersträva en högre effektivitet och en större marknadsanpassning⁴⁹. Reformen har ett ekonomiskt utförande och en marknadsfokus, vilket leder till att den offentliga sektorn skall styras efter andra värderingar än tidigare⁵⁰. Sektorn skall alltså enligt reformen styras effektivare. Enligt de läkare vi har intervjuat kan detta skapa problem för den offentliga sektorns grundvärderingar, som till exempel att alla skall få lika vård. De läkare vi har intervjuat är inte sällan negativa till att låta marknadskrafter verka inom sjukvården.

”Jag tror inte att det fungerar att följa marknadskrafterna. Då riskerar vi att ge mer vård till lågprioriterade patienter som kan föra fram sin talan och högre prioriterade patienter som är sämre på att föra fram sin talan får sämre vård och så vill i alla fall inte jag ha det! Jag tror inte på att vi kan låta marknadskrafterna löpa fullt ut i sjukvården.”

– Läkare 3

⁴³ Vår översättning av Public choice theory

⁴⁴ Vår översättning av Classical public administration

⁴⁵ Almqvist, Roland M, *Icons of New Public Management*, 2004

⁴⁶ Christensen, Tom & Laegreid, Per, *New Public Management*, 2003

⁴⁷ Christensen, Tom & Laegreid, Per, *New Public Management*, 2003

⁴⁸ Almqvist, Roland M, *Icons of New Public Management*, 2004

⁴⁹ Christensen, Tom & Laegreid, Per, *New Public Management*, 2003

⁵⁰ Christensen, Tom & Laegreid, Per, *New Public Management*, 2003

”En del av sjukvården blir alltid så att man inte kan sköta det som en businessverksamhet. Med akuta sjukdomar och äldre som behöver mycket vård. Säkert upp till en viss nivå, kanske man kan marknadsanpassa medicin på ett mycket större sätt och det tycker jag faktiskt är positivt, liksom”

– Läkare 8

Läkare 3:s subjektiva uppfattning av hur sjukvården skulle fungera om marknadskrafterna fick styra utbudet på sjukvård är inte positiva. Denna åsikt delar även läkare 8. Enligt läkare 8 så kan en viss del av sjukvården skötas som en privat verksamhet. Av detta har vi tolkat, med stöd från de läkare vi har intervjuat, att det är svårt att se på alla delar inom sjukvården som en marknadsanpassad verksamhet. Avdelningar som akutmottagningen kan exempelvis inte styras av marknadskrafterna. Vi är medvetna om att de läkare vi har intervjuat inte kan representera hela sjukvården, men i denna uppsats utgår vi från de intervjuades subjektiva bild av sjukvården och denna subjektiva bild står i direkt kontrast till de tankar och teorier som presenteras inom New Public Management.

”... Utbud och efterfråga passar inte... Så marknadsanpassat är det ju inte.”

– Läkare 6

”Så ju större tillgång man har på sjukvård desto större efterfrågan blir det också. Och någonstans måste det betalas också så det är en svår balansgång. Vad är rimlig tillgång på sjukvård och vad är önskvärd? Så det är jättesvårt.”

– Läkare 2

Läkare 6 anser att det finns en större efterfråga än vad sjukvården kan möta. I den privata sektorn är det synnerligen betydelsefullt att försöka följa marknadskrafterna och sträva efter att det alltid finns ett utbud som motsvarar efterfrågan⁵¹. Enligt läkare 2 är detta en svår uppgift eftersom tillgången på behandling också kan öka efterfrågan på sjukvård och att det därigenom kan finnas en fara med att tillgången ökar. Det skapas en artificiell efterfråga som inte tidigare existerade, enkom för att det finns ett större utbud. Samma läkare anser också att svårigheten ligger i att hitta balans mellan efterfråga och tillgång, vilket av läkare 2 uppfattas som ett synnerligen svårt uppdrag. Vi har av dessa uttalanden tolkat empirin som att (enligt de läkare vi har intervjuat) marknadsanpassningen inte har ökat i den takt som, enligt förespråkare för New Public Management, är önskvärt.

⁵¹ Eklund, Klas, *Vår ekonomi, en introduktion till samhällsekonomi*. 2002.

3.3 Effektivisering inom sjukvården

Reformen skall ha resulterat i besparingar, omorganisationer, förbättringar av kvalitet, ökad produktivitet och effektivitet samt förändrade arbetsrutiner och arbetsprocesser⁵². New Public Management-tänkandet skall genom detta ha gjort att den offentliga sektorn fungerar mer som den privata. Sjukvården skall enligt reformen anpassa sig efter vad marknaden önskar⁵³. De läkare vi har intervjuat visar däremot på en annan realitet på sin arbetsplats:

"Alltså jag tycker det är ganska intressant att försöka säga att det offentliga är en verksamhet, när det är betalat med offentliga pengar. En verksamhet skulle ju köra mycket mer effektivt än det som det gör här"

– Läkare 6

Läkare 6 anser att den privata sektorn styrs mer effektivt än vad den offentliga sektorn har möjlighet att göra och att det är svårt att ändra styrningen av sjukvården så länge som den är finansierad av offentliga pengar.

"Vi ser mindre och mindre till patienterna för vi sysslar mer och mer med pappersjobb. Man ska dokumentera... Ska man skriva ut en patient ska man fylla i fyra eller fem papper så ska man skriva recept och medicinlista, så det är mer och mer dokumentation. Kanske kunde man effektivisera det, så hade vi mindre dokumentation så skulle vi kunna ta hand om patienterna lite mer, kanske lite mer mottagningsbesök."

– Läkare 6

Vi tolkar ovanstående som att Läkare 6 anser att det går åt mycket av arbetstiden till att sköta den administrativa biten i arbetet. Läkare har mindre tid till direkt patientkontakt och måste tilldela mer tid åt pappersarbete och får inte betalt efter sin effektivitet. Att jämföra det med den privata sektorn, där de anställda i många fall får betalt efter sin effektivitet och förmåga, är mycket svårt, för att inte säga snudd på omöjligt. Att läkarna arbetar för mycket med administration styrks även av våra sekundärdata i ett nummer av "Läkartidningen" där just detta ämne behandlas, att läkarens arbete är för administrativt⁵⁴. En annan artikel i "Läkartidningen" behandlar också detta ämne, att läkaren inte har den tid som behövs till patienten⁵⁵, vilket även de läkare vi har intervjuat instämmer med. Läkare 6 anser att det inte finns några tecken på att

⁵² <http://www.esv.se/amnesomraden/verksamhetsstyrning.4.1faf3f4fcea3ced188000161.html>

2. 2005-05-01

⁵³ Christensen, Tom & Laegreid, Per, *New Public Management*, 2003

⁵⁴ Läkartidningen, *Läkarnas arbete är för administrativt*, 2003, nr 41, s 3206

⁵⁵ Läkartidningen, *Har läkarna tid för sina patienter?*, 2004, nr 43, s 3360-3361

styrningen av den offentliga sjukvården närmar sig sättet hur den privata styrningen är utformad, enligt egen utsaga i ovanstående citat.

”Det känns som om man hela tiden försöker förändra på allting – förbättra det. Sjukvården är också lite... lite rigid och liksom ”det gamla har funkad” och ”varför ändra på någonting?”... så blir folk väldigt snabba på att dra fram nackdelarna med att... ofta... förändringar får ofta mycket negativt omfång, kan man säga”

– Läkare 8

Läkare 8 fortsätter med:

”Det snuddar ju också kanske lite... förändringar som man gjort den senaste tiden har varit lite... det är svårt att säga... det är svårt att anpassa ett system som, liksom... behovet ändras hela tiden. När man anpassar någonting – hittar på en ny modell – sen är det anpassat kanske till ett behov som fanns för två år sedan och det har ändrats på den tiden.”

– Läkare 8

Vi tolkar det ovanstående som att det, enligt läkare 8, verkar finnas en motsträvighet inom sjukvården och att det tar lång tid att förändra. Att sjukvården skulle ha blivit effektivare, är inget som de läkare vi har samtalat med håller med om och trots att det i dag finns fler läkare än vad det har funnits i Sverige tidigare, så hinner läkarna inte med och det är ofta långa köer till olika typer av operationer. En artikel i läkartidningen behandlar också detta ämne och instämmer i att effektiviseringen inom sjukvården kan skapa problem, bland annat att medmänskligheten minskar inom sjukvården⁵⁶, vilket vi har tolkat (genom de artiklar vi har läst och de intervjuer vi har gjort) som att en effektivisering inte alltid leder till något bättre och att tankarna bakom New Public Management kan anses ha svårt att få ett reellt fotfäste hos läkarkåren.

3.4 Relation mellan privat och offentlig sjukvård

Sjukvården är idag till viss del privatiserad, vilket kan anses vara en följd av New Public Management-reformen. Invånaren skall ses som den offentliga sektorns (sjukvårdens) kund och kunden skall alltid sättas i fokus, detta synsätt kommer vidare att behandlas i kapitel 4. New Public Management-reformen anses vara av intresse för hela samhället⁵⁷, vilket de läkare vi har intervjuat ställer sig frågande till.

⁵⁶ Edström, Elder Elisabeth, *Medmänsklighet på undantag när effektiviseringarna tar över i sjukvården*, Läkartidningen nr 17 2003

⁵⁷ Chen, Bin, *Rethinking New Public Management*, 2002

”Ur en demokratisynpunkt när det handlar om pengar så finns det en viss orättvisa. Sen kan man säkert ha olika alternativ. Man kan ha tävling mellan privat och offentlig vård. Det kan säkert vara bra om det är på lika villkor.”

– Läkare 1

”Det är utmärkt med konkurrens inom vården, att visa på alternativa lösningar att tackla problemen.”

– Läkare 8

Ovanstående tolkar vi som att läkare 1 och 8 anser att det behövs ett privat alternativ till den offentliga sjukvården, för att på så vis sätta press på det offentliga alternativet. Som behandlas tidigare i detta kapitel, anser läkare 3 att som det ser ut idag är det personer som kan föra sin talan som kan utnyttja det privata sjukvårdsalternativet. Enligt de läkare vi har pratat med skulle den privata sjukvården (som inte är offentlig finansierad) behöva ökas. Läkare 7 vill även poängtera att den sjukvård som kallas för privat vård oftast är offentligt finansierad vård. En äkta privatfinansierad vård existerar, men den är ytterst marginell och kommer nog att få svårt att komma in på banan i stor skala, menar Läkare 7.

3.5 Styrning av sjukvården

”Det måste vara mer insatta människor insatta i det här, inte bara politiker som kör över. De styr sjukvården utan att vara insatta i den.”

– Läkare 4

”Och ofta också de som bestämmer hur man... De är ju i administration och är lite, liksom... inte på golvet och känner inte verkligen, vad det är som behövs.”

– Läkare 8

Läkare 3 framhåller att sjukvården idag är styrd centralt och det är politiker som sitter på beslutsmakten. Den offentliga sektorn eftersträvas att styras som den privata,⁵⁸ men någon effektivare styrning inom sjukvården är inget som de läkare vi samtalat med har bevittnat. Läkarna vi har intervjuat anser att politikerstyret är ett stort problem, eftersom

⁵⁸ Christensen, Tom & Laegreid, Per, *New Public Management*, 2003

politiker beslutar i sakfrågor som de inte är insatta i. Detta kan, enligt de läkare vi har intervjuat, vara en av orsakerna till att det är väldigt trögstyrkt inom sjukvården, vilket i sin tur kan antas innebära att det tar lång tid att driva igenom ett nytt förslag, till exempel angående hur sjukvården skulle kunna effektiviseras.

”Vi har inga riktiga incitament för att lägga på ett kol för att arbeta lite på kvällar och gå in och göra lite extra ansträngningar för att förkorta köer och så. De incitamenten finns inte riktigt.”

– Läkare 3

Som nämns i citatet ovan är det ett problem att det inte finns något incitament för läkare utnyttja sin kapacitet ytterligare. I den privata sektorn, som framgått tidigare, utgår ofta en belöning för det arbete som utförs. Denna tanke finns inte inom den offentliga sektorn, säger Läkare 3. Att få betalt efter hur många patienter som läkaren tar emot dagligen skulle, enligt läkare 6, kunna skapa en ökad effektivitet och ge de incitament som behövs.

”Bemötandet med patienten tycker jag inte har ändrat sig mig emellan och patienten. Det tycker jag är den samma ungefär.”

– Läkare 1

Under intervjuer med de olika läkarna har det framkommit att läkar-/patientrelationen har förändrats, men inte så radikalt som vissa påstår då de talar om patientens transformering till kund⁵⁹. New Public Management och Service Management (som behandlas i kapitel 4), tar båda upp en ny fokus och en ny syn på kundbegreppet i sjukvården. De är båda reformer som skall skapa ny fokus i den offentliga sektorn där kunden kommer i första hand. Detta har vi tolkat som att den offentliga sektorn (i detta fall med inriktning på sjukvården) strävar efter att arbeta efter ett New Public Management- och Service Managementkoncept.

I detta kapitel har vi förmedlat vår kritik mot New Public Management inom sjukvården och har med hjälp av de intervjuade läkarnas subjektiva bild, tolkat och kontrasterat reformen. Vidare kommer problematiken att belysas genom ett Service Managementperspektiv.

⁵⁹ Till exempel Lars Nordgrens avhandling, *Från Patient till Kund*, 2003 eller Edgren, Lars, *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*, 1991

4 Service Management

Vi har nämnt tidigare i denna uppsats att en kundanpassning av patienter vill uppnås, och så menar även Lars Edgren som säger att patienter går mer och mer mot att bli klienter eller kunder i sjukvården⁶⁰. I ett perspektiv sett över en femtioårsperiod uppenbaras det att förändringar har skett i läkar-/patientrelationen i följande uttalande:

” Jag tror att när det gäller skillnad i tiden så är det väl ingen tvekan om att det är bättre nu. Det är jag rätt övertygad om.”

– Läkare 4

För att hjälpa oss utforska denna ståndpunkt teoretiskt och empiriskt skall vi här använda Richard Normanns Service Management System⁶¹ tillsammans med de data som inkommit vid de intervjuer som vi genomfört. Vi kommer att subjektivt tolka vår empiri som vi fått genom våra intervjuer genom Normanns teorier. Vi ämnar alltså inte endast att applicera dessa respondenters svar på teorin utan tolka den genom Service Management Systemet som är den teorin som vi i vårt syfte kritiserar i det här avseendet tillsammans med New Public Management.

4.1 Service Management systemet

I Richard Normanns Service Management systemet ingår servicekonceptet, marknadssegmentet, leveranssystemet, imagen samt kultur och filosofi⁶². Vi kommer att lägga vår fokus främst på leveranssystemet där kunden är med och producerar tjänsten och kallas för prosument. Normann menar att värdeskapandet sker när leverantör och kund möter varandra och samverkar i leveransen av tjänsten, vilket förutsätter att kunden har en ökad kunskapsnivå och en förstärkt identitet och roll i sammanhanget⁶³.

⁶⁰ Edgren, Lars, *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*, 1991

⁶¹ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

⁶² Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

⁶³ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

4.2 Möjligheter med kundanpassning

I detta inledande avsnitt kommer vi att belysa de positiva aspekterna med kundanpassning och ett större patientdeltagande. Fastän vi i tidigare kapitel, och även fortsättningsvis, ställer oss kritiska till en sådan kundanpassning av vården som förespråkare av Service Management uttrycker, tycker vi att det är viktigt att upplysa läsaren om de fördelar vi har funnit med detta synsätt.

Richard Normann menar i sitt Service Management System att kundens deltagande är tvådelat, dels finns kunden som en del av marknaden, dels finns den som deltagare av själva leveransen av tjänsten⁶⁴. Enligt detta synsätt blir läkaren och sjuksköterskorna leverantörer av en tjänst och patienten blir kund. I Sverige kan ses en utveckling som gör patienten mer delaktig, bland annat på grund av att det finns lagstadgat att patienten skall vara delaktig i behandlingen om sin egen kropp⁶⁵. Läkare 3 menar att man ser en utveckling av läkarrollen som gör patienten mer delaktig i diskussioner rörande behandlingen. Detta resonemang stöds i följande citat där vi tolkade det som att ett ökat patientdeltagande också måste medföra en större mängd information för patienten att ta del av. Två av de läkare vi intervjuade sa följande:

”Konsten är ju att informera på ett ärligt och öppet sätt så att vi verkligen kan göra patienter delaktiga på ett enkelt sätt och förse patienten en öppen och ärlig information så att patienten kan fatta ordentliga beslut om sin egen vård och behandling.”

– Läkare 3

”Genom god information kan patienten själv förbereda läkarbesöket eller läsa på i efterhand. Det leder till ökad förståelse och om vården, läkare och övrig personal kan hitta sina nya roller i detta kan resultatet bli fantastiskt bra.”

– Läkare 7

I teorin behandlar Norrman möjligheterna som finns med ett ökat deltagande i tjänsten. Det visar på att, i alla typer av företag/organisationer, i alla typer av tjänsterelaterade branscher kan man göra sin individuella bedömning på hur pass mycket inflytande kunden/patienten har. Han menar även att ett deltagande i tjänsten kan kräva mer

⁶⁴ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

⁶⁵ Feldt, Kjell-Olof, *Patientens rätt att få veta, förstå och själv fatta beslut*. Läkartidningen nr 39, 2003. Lagen trädde i kraft 1 januari, 1999

ansträngning, men ger möjlighet till inläring⁶⁶. Detta påstående får stöd av Läkare 5 som säger att sjukvården har att tjäna på att göra patienterna mer insatta i sin egen livssituation och inte lämna över problemet till doktorn. Om de har mer insikt har det en positiv verkan på sjukdomssituationen. Vi tolkar det som att Läkare 5 får medhåll från tre andra läkare i följande citat:

”Vi jobbar väldigt mycket med att lära patienterna, vad är det för sjukdom? Varför man får den?, Vad kan jag själv göra för att förhindra den? Det har man sett i studier att patienter får bättre livskvalitet och blir mer säkra och inte så oroliga om det kan mer.”

– Läkare 2

”Det är ju bra att patienten är mer inne i, liksom, vad som händer och sånt. De har bättre förståelse: Vad som pågår i deras behandling. Också om något går fel då är de också i bättre skick att ta mot det, liksom. De förutsätter inte löst på någon annan. Då känns det kanske som att ha misslyckats, men är du påläst och vet att det är viss procents chans att detta... då blir det inte lika svårt att hantera om du får några biverkningar...”

-- Läkare 8

”Om personerna är så väl insatta kan de också ta ett val.”

– Läkare 6

4.3 Svårigheter med kundanpassning

Flertalet omständigheter finns med att tala om en kundanpassning i vården. En del saker kan vara; patientens sjukdomstillstånd, kunskap, roll och villkor samt läkarens roll och förtroendeingivande, vilket alla uttrycker svårigheter med ett kundanpassande. Uttalandet nedan visar på läkare 3:s ståndpunkt vad det gäller patientdeltagande.

”... Vi kan inte bara anpassa oss till vad patienten vill och kräver från sjukvården vi måste också anpassa oss efter det reella behovet som finns i samhället och vi har starkare och svagare grupper i samhället som är mer eller mindre duktiga på att föra sin talan.”

– Läkare 3

⁶⁶ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000, s 111

4.3.1 Kundbegreppet

Kunddeltagande i hälso- och sjukvård är begränsad till att patienten deltar i själva diagnostiseringen, och är på så sätt deltagande när tjänsten skapas⁶⁷. Det har förts diskussioner gällande själva kundbegreppet och det finns åsikter som visar på att det är svårt att applicera detta begrepp på sjukvården och patienter. Två av de läkare vi har intervjuat sa följande:

”Värjer mig som de allra flesta läkare mot hela idén att det handlar om en kundsituation. Själva ordet bör inte användas, det ger fel signaler. Det handlar om att kommunicera om sjukdom, vård och behandling, komma till överenskommelser. Det är ingen vara vilken som helst detta. Plåster, möjligen vissa mindre livsviktiga åkommor och/eller åtgärder kan kanske gå under kundbegreppet, men inte lunginflammation, livmodercancer eller schizofreni.”

– Läkare 7

”Ett tag pratades det om att man skulle prata om patienter som kunder, vilket jag tyckte var lite hemskt. För helst vill de ju inte vara hos oss överhuvudtaget - helst vill de ju vara friska... så det tycker jag inte riktigt är rätt. Men vi har blivit mer, eller vi satsar på att göra mer, så att det passar våra patienter lite mer än vad man kanske har gjort tidigare”

– Läkare 2

I ovanstående två citat framförs åsikter om varför det är opassande att likställa en patient med en kund. I vår undersökning har vi tolkat det som att det finns fler argument till varför det skulle vara så.

4.3.2 Sjukdomstillståndet

Uppfattningen om läkarens roll och arten av dennes tjänster särskiljer sig från andra professioners tjänster, också de kunskapsintensiva⁶⁸ (som till exempel advokat, revisor och konsult). Tjänsterna är annorlunda på så vis att det finns en problematik i dem, nämligen själva sjukdomstillståndet hos patienten. Det gör att patienten hamnar i en annan situation än vad en ”kund” gör i sitt deltagande i leveranssystemet. Denna faktor är ett utav våra argument för varför det finns svårigheter i att göra patienten till en kund.

⁶⁷ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000, s 111

⁶⁸ Alvesson, Mats, *Kunskapsarbete och kunskapsföretag*, 2004

”Inom hälso- och sjukvården finns det ett relativt utbrett missnöje som jämförelsevis sällan finner utlopp i självständig handling. Klyftan mellan principiell möjlighet att påverka och aktiv handling är här särskilt stor. Att vara sjuk är att delvis förlora kontrollen såväl över sin person som över sin situation”.⁶⁹

”Patienten genom sin sjukdom är i ett naturligt underläge redan från början, vilket läkare ofta, men inte alltid är medvetna om.”

– Läkare 7

Att vara patient uppfattas av läkarna som något ofrivilligt, icke att likställa med att vara kund (som man faktiskt oftast vill). Om vi ställer de data vi har samlat angående patienten som kund och sjukvården som tjänst, tolkar vi det, utifrån våra respondenters svar, som att enklare åtgärder och ingrepp på patienter som inte är sjuka, till exempel plastikkirurgi, uppfattas av läkaren som mer kundanpassat. Denna ståndpunkt återfinns bland annat i citatet av Läkare 7 i avsnitt 4.2.1 där han beskriver plåster och mindre livshotande åkommor applicerbara på kundbegreppet. Även Läkare 8 resonerar på detta vis:

”Sjukvården är ju en sorts business – om du går med bilen och får den fixad. Här får du något annat fixat, till exempel en leverfläck⁷⁰. Något som du får gjort. Du går och gör det. Gör detta, betala för detta som vilket annat som helst. Som om man köper någon sak... Men en del av sjukvården blir alltid så att man inte kan sköta det som en business. Med akuta sjukdomar och äldre som behöver mycket vård.”

– Läkare 8

Motsatsen till en kundanpassad sjukvård skulle vara den typ av vård som måste skötas ”patientanpassat”, där patienten på grund av sjukdomstillståndet omöjligt kan agera som kund på ett rättmätigt sätt. Som exempel nämner Läkare 7 cancer, lugninflammation och psykiska sjukdomar, som omöjligt kan falla under kundbegreppet.

Sammanfattningsvis menar vi att endast enkla behandlingar och ingrepp skulle kunna falla under kundbegreppet samt fall där inget sjukdomstillstånd föreligger, så som plastikkirurgi. I de flesta fall skulle svårigheter finnas och nackdelar uppstå vid en ”klientifiering” av patienten.

⁶⁹ SOU, *Demokrati och makt i Sverige*, 1990:44, s 239 ur Edgren, Lars, *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*, 1991

⁷⁰ Att ta bort en leverfläck uppfattas som ett enklare ingrepp enligt Läkare 8

4.3.3 Olika villkor patienter emellan

Inte bara typen av sjukdom skiljer patienter åt. Det finns andra aspekter på olikheter hos patienter inom den svenska sjukvården. Rhodin och Alm har efter sin forskning kommit fram till att vårdkvaliteten skiljer sig mycket från patient till patient när det gäller bemötandet⁷¹. Saltman har skrivit att äldre har svårare att ställa krav än yngre och det har också viss skillnad vilken social grupp tillhörighet patienten har och även vilken typ av samhälle denne bor i⁷². Dessa sociala faktorer är ytterligare ett argument som stödjer vår ståndpunkt gällande en kund Anpassning av patienten. I följande citat berättar två läkare om sina uppfattningar om såväl demografi som geografi:

”...Tidigare var läkarens ord nästan lag, då är det mer i en dialog nu. Speciellt hos äldre patienter är det oftast så att de har fortfarande kvar den här respekten att jag gör som doktorn tycker och vågar knappt att säga ifrån... Yngre människor ifrågasätter ofta varför ska jag göra de? Ska jag verkligen stå på dom här medicinerna livslång? Då får man ju förklara på ett annat sätt.”

– Läkare 6

”I Ängelholm var det då en landsbygdsbefolkning, gammal jordbruksbefolkning, som inte ställde så mycket frågor utan bara lyssnade på det man sa. Lite annorlunda är det i Malmö kan jag tycka det är betydligt mer diskussioner och frågor här.”

– Läkare 2

Olika patienter har olika förutsättningar och detta påverkar givetvis relationen till läkaren. Skulle synsättet finnas att patienten är en kund, så är det av hög vikt för kunden att välja den som levererar tjänsten som den köper. Det betyder att patienten (kunden) alltid skall kunna välja läkare och sjukhus (leverantör), vilket kan göras i Sverige⁷³. I Service Management utgör kunden en viktig del av tjänsten och den som levererar tjänsten vill ha strikt kontroll och det är därför motiverat att marknadssegmentering uppstår⁷⁴. Det handlar alltså inte bara om kunden som väljer leverantör, utan också om leverantören som väljer kund. En applicering av denna tanke på sjukvården skulle göra att läkaren väljer de patienter hon eller han vill behandla och en marknadsanpassning, i det avseendet, av sjukvården skulle vara ett faktum. Detta ställer sig en läkare vi talat med kritisk till, enligt vår uppfattning. Detta kommuniceras i följande uttalande angående denna syn:

⁷¹ Rhodin-Alm, 1990 ur Edgren, Lars, *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*, 1991

⁷² Saltman, Richard B, *Patient choice and patient empowerment: A conceptual Analysis*, 1992

⁷³ Feldt, Kjell-Olof, *Patientens rätt att få veta, förstå och själv fatta beslut*. Läkartidningen nr 39, 2003

⁷⁴ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

”Det finns kanske mer i privat sjukvård där har man bättre incitament, va. Man får en prestationsersättning för varje patient men det finns en annan fara man kan frestas till att ta sig an lätta patienter, det är till exempel inte optimalt att få en invandrare med tolk, det är bättre... man har det enklare på ett privat.”

– Läkare 3

4.3.4 Om kunskap och förtroende

Tjänsterna som utförs av läkaryrket är komplexa i högre grad än andra tjänster som utförs av andra kunskapsintensiva yrken. Det är näst intill omöjligt för patienterna att vara på samma nivå som läkaren. Detta talar mot en delaktighet i tjänsten som Normann beskriver i *Service Management*⁷⁵.

De flesta känner förtroende för läkaren och litar på dennes kunskap, menar Läkare 5. Läkare 5 säger vidare att; till skillnad från förr vill allt fler lyssna till ett resonemang vid beslut om behandling, olikt från förr då läkaren generellt sett hade ett mer auktoritärt sätt och patienternas beteende visade på en mycket större statusskillnad.

”Läkarens yrkesroll har otvivelaktigt förändrats i det moderna Sverige, auktoritetspositionen har minskat, många patienter ifrågasätter läkarens råd och även kunskaper.”

– Läkare 7

Skillnader i bemötande kan för patienten bero på förtroendet denne känner för läkaren. Detta förtroende kan inges på grund av läkarens långa universitetsutbildning och dennes stora kunskapsövertag⁷⁶. Läkare 1 anser att en annan faktor som leder till ökat förtroende är om kontakten mellan läkare och patient är kontinuerlig. Detta kan leda till större och djupare förtroende för läkaren och att patienten därmed får möjlighet till högre grad av inverkan på behandlingen.

”Man försöker nog få patienterna mer delaktiga men många patienter är nog rätt nöjda med att doktorn tar beslutet trots allt, det tror jag, många känner en säkerhet i det.”

– Läkare 1

⁷⁵ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

⁷⁶ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000, s 119

Patienternas kunskap är signifikant för deras medverkan i behandlingen⁷⁷, men enligt de intervjuade läkarna är det inte alltid som patienterna kan se helheten i sina problem, och den medicinska komplexiteten försvårar således patientdeltagandet.

”...Men det kan ju också vara problematiskt för patienterna känner att, liksom, jag kan kanske mer om detta än läkarna, men de har ju inte den grundkunskapen och kan veta hur en sak spelar med en annan.

Många saker som man behöver ta hänsyn till, så kan man inte göra när man bara läst in en sak. De sätter kanske ner foten då och säger: ”Nej, jag kan detta. Detta visar på... gör detta och detta”. Det går inte att styra behandlingen när de inte litar på oss... och det kan ju vara besvärligt”

– Läkare 8

”En del patienter läser tidningar, men även på Internet, och uppfattar ibland saker rätt och ibland inte. Ibland frågar de om de inte ska ha den och den medicinen men det kanske är just den medicinen de har.

Om de har uppfattat det fel, så får man bemöta det, men det är rätt roligt med pålästa patienter som frågar. Det tycker jag är stimulerande.”

– Läkare 1

I detta tolkar vi in att det uppfattas, av våra respondenter, som viktigt att det existerar ett givande och tagande i samtalen mellan läkare och patient.

4.3.5 Patientens och läkarens roller

Edgren menar att relationen mellan läkare och patient är ojämbördig (detta behandlas vidare i kapitel 6) och att man inte kan kalla en patient för kund i det avseendet att ”kunden har alltid rätt”, vilket inte överensstämmer med en patient, då läkaren bara kan tillgodose patienten med en behandling som är ”terapeutiskt motiverad”⁷⁸.

”Man kan ju inte säga att kunden alltid har rätt. Man får ju säga folk har lagt pengar genom att betala sin skatt så ska det naturligtvis också få någonting tillbaka. Man kan säga i bemötande med patienter brukar jag försöka se det som om de vill ha en viss professionell omhändertagande i och med att man har lagt pengar då kan man också ställa krav som patient jag tycker det bara är bra om det ställer krav.”

– Läkare 6

⁷⁷ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

⁷⁸ Edgren, Lars, *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*, 1991

”Kundens roll då det gäller specifikationen av tjänsten är ibland begränsad till deltagande i diagnostiseringen av problemet, eller till och med i tillhandahållandet av data för en diagnos, som fallet är i hälso- och sjukvård.”⁷⁹

I speciella yrken där kunden starkt litar till professionella problemlösningstjänster, som läkaryrket, vill kunden ofta få en objektiv bedömning och därmed minskas deras egna initiativ till deltagande i problemlösningen⁸⁰. Vår tolkning är att Läkare 6 och 1 anser att patienten står i ett beroendeförhållande till läkaren, och många patienter vill inte att läkaren skall lägga över hela ansvaret på dem och deras anhöriga, till exempel när det gäller livets slutskede.

”Man diskuterar inte specifikt var och en... Det är ju också lite svårt för patienten att... han litar ju på att vi vet... Att vad vi bestämmer är bäst för patienten.”

– Läkare 8

En annan läkare menar också att det är läkarens uppgift att göra avgöranden, även om patienten själv vill bestämma, så är det inte dennes åliggande:

”Det är inte rätt mot patienten att lägga över fullt ansvar på dem. De ska vara informerade och ha möjlighet att ställa frågor, möjlighet att välja olika alternativ om det finns det och naturligtvis också kunna säga nej till saker och ting. De får inte känna att de blir ensamma med ansvaret. Det ska de inte behöva ta utan det har vi betalt för att göra.”

– Läkare 2

Hur patientens och läkarens roller upplevs är viktiga för vår kritik av en kundanpassning av patienten. I detta avsnitt har vi visat genom att tolka vår empiri genom teorin om Service Management att läkare och patienter av olika skäl har så olika roller att en mer jämställd, marknadsanpassad patientvård skulle ha svårigheter träda i kraft. Detta avsnitt har handlat om läkarens roll. Vidare läsning om den och läkarens kommunikation och makt som är av betydelse för vårt syfte med uppsatsen finns i kapitel 5 och 6.

⁷⁹ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000, s 111

⁸⁰ Normann, Rickard, *Service Management*, 2000

5 Kommunikation

5.1 Läkaryrkets förändring

Så som har nämnts i kapitel 3 och 4 skall läkarprofessionen (och sjukvården) i Sverige ha genomgått stora förändringar i det grundläggande sättet på vilket man ser på patienten. Det finns förhoppningar om att marknadsanpassa sjukvården och se läkaren mer som säljare av en tjänst till en kund: patienten. Den intressanta frågan här är dock om läkarens roll i patientbemötandet har förändrats, så till vida att patienten har större inflytande än tidigare och om situationen kan liknas vid ett kundförhållande. Detta är även vår utgångspunkt i kapitel 4 som behandlar Service Management, där vi har tolkat vår empiri, som att bemötandet mellan läkare och patient kanske inte alltid kan ses som ett kundförhållande. Utifrån detta anser vi att Jean Baudrillards teorier om kommunikation passar väl in för att tolka kommunikationens roll i detta förändrade förhållande.

Viktigt att påpeka är att detta kapitel inte skall läsas som att det finns ett otvivelaktigt samband mellan empiri och teori, utan istället som att vi tolkar empirin genom Baudrillards teorier. Det är inte vår avsikt att redogöra för hur förändringar inom svensk sjukvård slaviskt följer de teorier angående kommunikation som Baudrillard skapat. Det är däremot vår avsikt att tolka de subjektiva upplevelser vi fått fram genom våra intervjuer. Vi menar att dessa upplevelser illustreras väl sett genom Baudrillards teorier.

Utifrån nedanstående citat tolkar vi det som att det inte enbart uppfattas som att ett rent administrativt skifte, utan att även ett attityd- och normskifte inom sjukvården. Detta är en genomgående uppfattning bland de läkare vi har intervjuat.

”Jag tror att det finns ett generationsskifte, för doktorn förr var ju mer auktoritär. Det var ju liksom alla sådana här positioner i samhället... som kyrkan och sjukhuset, doktorn. Det fanns ju sådan social hierarki, men jag upplever att många patienter vågar fråga mer idag”

– Läkare 1

”Det finns ju nästan nu, sen jag har slutat, kurser i hur man har hand om patienter. Kontakt med patienter, hur man kommer nära patienter och så vidare, vilket vi inte hade på vår tid. Och då kan man säga att det var det nog som man talar om EQ, social kompetens.”

– Läkare 4

Baudrillard menar att samhällsförändringen mot ett mer postmodernt tillstånd⁸¹ inte så mycket är en fråga om en skiftning i maktförhållanden, som en fråga om förändrade kommunikationsformer och förändrade sätt att styra människan⁸². Grundläggande är att den privata sfären har minskat, till förmån för att bli en del av ett eller flera större nätverk⁸³, på till exempel arbetsplatser och i föreningar. Människor är mer beroende av andra människor idag än tidigare. På så vis blir individens personliga tankar, åsikter och uttryck (i fråga om yrkesutövande) snarare en representation av det kollektiva än en representation av individen. I fallet med läkarprofessionen synliggörs detta genom att det finns förutbestämda system av lagar, regler och normer, som har en förmåga att reglera det professionella⁸⁴. Det vill säga, läkaryrket har förlorat mycket av sitt tidigare värde och sina tidigare myter. Istället ses läkaren ur nya ögon och en ny bild av läkaren träder fram. En bild som är ett resultat av omvärldens krav; en simulering⁸⁵.

5.1.1 Sändarens roll

En omvandling av den strukturella uppbyggnaden är grunden till allt skapande av makt⁸⁶. I fallet med läkarprofessionen, är det i själva förändringen som en ny bild av läkaren byggs upp. Det är inte i förändringen i sig som mening skapas, utan snarare utgör själva förändringen en grund för mytskapande och roller, i professionen, när själva omformandet är slutfört⁸⁷.

Utifrån våra intervjuer (och den empiri vi därigenom insamlat) tolkar vi det som att läkarprofessionen har genomgått en förändring för att anpassa sig till de idéer som presenteras i kapitel 3 och 4:

⁸¹ Vår översättning av ”post-modern condition”. En term ursprungligen skapad av Francois Lyotard, ämnad att beskriva vårt postmoderna samhällstillstånd.

⁸² Baudrillard, Jean, *In the Shadow of Silent Majorities*, 1983

⁸³ Baudrillard, Jean, *The Ecstasy of communication*, 1988

⁸⁴ Baudrillard, Jean, *The Ecstasy of communication*, 1988, s 16ff.

⁸⁵ Teoretisk term myntad av Jean Baudrillard. Simulering innebär (1) en reflektion av verkligheten, (2) en maskering och pervertering av verkligheten, (3) en maskering av avsaknaden av verklighet och (4) avsaknaden av relation till verkligheten: en simulering är sin egen simulering.

⁸⁶ Baudrillard, Jean, *The Ecstasy of communication*, 1988

⁸⁷ Baudrillard, Jean, *The Ecstasy of communication*, 1988 s 46ff.

”Det som har skett med läkarrollen är att patienten är mycket mer delaktig i sin egen roll. Därför att, dels är det lagstadgat i behandlingen av sin egen kropp och vi försöker att ha mycket mer patientsamtal och diskussioner.”

– Läkare 3

”Det är som att prata med en anonym människa som inte är i ens egen vänkrets och då kan man ju ta upp sådana problem som inte ska föras vidare. Det är oftast när man har en lite mer långvarig kontakt... En patient som kommer åter till sin mottagning... som man kan etablera en sådan kontakt. Kanske inte lika vanligt på ett sjukhus som man kan upprätta med sin husläkare om nu systemet hade fungerat, men tanken är väl att det ska vara så.”

– Läkare 1

”Ju mer informativ man är som doktor, ju mer vågar de fråga, då känner de att man tar sig lite tid, så visst har det ändrats.”

– Läkare 1

Ovanstående tre citat anser vi visar på att, utifrån lagstiftning så omformas läkarens bild av läkaryrket och består inte endast i förändring av lagen, utan också en förändring av normer – en vilja till diskussion och kommunikation. Vi menar att det (genom empirin) finns en strävan efter förändring. Just denna strävan efter förändring som de två läkarna talar om ovan, tolkar vi som att läkarna anser att läkaryrket genomgår förändringen och kommer ut med en ny bild av sig själva. Vägen från mystiken kring läkaren, till en mer jordnära och klar bild av denne, kantas av metaforer vilka ger läkaren specifika karakteristika. Denna omvandling tar sig oftast formen av det förändrade som dramatiskt, kritiskt, skapande och estetiskt⁸⁸. Vi har, utifrån vår observation uppfattat det som att läkarprofessionen tar till sig just roller som visar på det estetiska och skapande. Läkaren har gått från att vara auktoritär till att bli lite mer skapande.

Därefter beskriver Baudrillard det som är ett avvikande från det normala – en simulering. Här befinner sig läkarprofessionen åter igen, efter att ha genomgått en större norm- och attitydförändring till följd av den förändring som sker genom nya regler och normer:

”Ja... talar samma språk... det kanske man kan säga... Vi borde göra det... När man pratar med patienter så bör man prata på ett sätt som patienten förstår. Självkänt när läkare pratar med varandra... och när läkare och sjuksköterskor pratar med varandra så är det ett helt annat språk, men de kommer att förstå. Det är ett fel som rätt så många läkare gör. När de sedan fortsätter att prata med patienter så fortsätter de att prata på sitt läkarspråk och då förstår patienten kanske inte allting som läkaren säger, men

⁸⁸ Baudrillard, Jean. *The Ecstasy of communication*, 1988, s 46ff.

också... de vågar liksom inte avbryta och säga "vad menar du? Kan du prata vanligt språk, liksom så att jag förstår?" och går sedan ut och förstår kanske inte mer än 10%."

– Läkare 8

Citatet ovan beskriver detta stadium väl, men skall ändå läsas som en subjektiv upplevelse utifrån den bild Läkare 8 har av verkligheten och inte som en allmänt vedertagen sanning. Vidare tolkar vi det som att läkaryrket uttrycker specialkunskaper och potentiell expertis, har ett gemensamt språk och en upphöjd status i förhållande till sin omgivning. Kommunikationen speglar professionens sfär⁸⁹ och utgör en mur mot övriga samhällsliga sfärer och det är i den gemensamma kommunikationen som sfären definierar sig gentemot andra sfärer⁹⁰.

"Speciellt bland äldre och invandrare här i Malmö... då känner man att folk nickar... att läkaren är på något högre ställe liksom... Men hos yngre och västeuropeiska där har det blivit mycket mer sån, kan man säga, kundtjänst. "Jag har detta problemet. Du ska hjälpa mig. Du är anställd för det och jag betalar min skatt, så jag har rätt till det." Så där har det ändrats ganska mycket, liksom. Kan man säga..."

– Läkare 8

I och med sin profession och att omgivningen inte har förutsättningarna som är nödvändiga för att utföra det okonventionella arbetet som utförs av läkarprofessionen, skapas en bild av läkaren som "upphöjd"⁹¹. Att det är olika bilder som skapas bland yngre och äldre, västeuropeer och utomeuropeer är oväsentligt. Det är resultatet av skapandet som är det intressanta – skapandet av mening. Samtidigt så trängs personliga åsikter och tankar på samma arena som de rent professionella. Detta kan skapa störningar i perceptionen av vad som tolkas som objektiv sanning (det professionella) och vad som motsatt uppfattas som en privat ståndpunkt som läkaren uttalar. Det är då viktigt att påpeka att det inte råder någon jämvikt mellan det professionella och det privata i fråga om sändarens egen bild av sig själv⁹² (bilden av läkaren). Vi tolkar istället det som att det finns en bild som samhället har av hur en läkare skall vara och bete sig, som är det som karaktäriserar läkaren.

⁸⁹ Vi använder här ordet "sfär" i dess teoretiska form. Dvs. att fokus ligger på ytan istället för innehållet.

⁹⁰ Baudrillard, Jean, *In the Shadow of Silent Majorities*, 1983

⁹¹ Baudrillard, Jean. *The Ecstasy of communication*, 1988, s 52f.

⁹² Baudrillard, Jean. *The Ecstasy of communication*, 1988

5.2 Att skapa mening

”Man måste ha en kommunikation som är underbyggd av vetenskap.”

– Läkare 5

”Och det är vi som måste fatta besluten, patienten har inga medicinska kunskaper att fatta sitt beslut på, men det måste ändå informeras på ett sätt, så att det skapas så bra förutsättningar som möjligt.”

– Läkare 3

Budskapet måste ges mening för att uppfattas som meningsfullt. Det som är meningsfullt kan uppfattas som hemligt, eftersom endast sändaren känner budskapets bakgrund⁹³, egentligen den medicinska kunskapen. I fallet nedan så har vi tolkat det som att just den medicinska kunskap som läkaren har är grunden till att det som läkaren säger (eller uttalar sig om), även det som inte gäller medicin, får mening:

”Vi får rätt så stort förtroende ibland, för man vill att doktorer ska uttala sig om en massa saker som ibland inte har med medicinska aspekter att göra, vilket jag kan tycka är lite konstigt”

– Läkare 1

Detta citat kan tyckas lösryckt och en smula egendomligt, men vi menar att det representerar mycket av det meningsskapande som läkaren besitter i egenskap av sitt yrke. Läkarkåren uttalar sig om en hel mängd saker som inte har det minsta att göra med medicin, vilket våra sekundärdata visar starkt på. Detta till exempel i form av artiklar från Läkartidningen innehållande debatter om sådana ämnen som ekonomi och administration⁹⁴. Faran med detta är att bakom meningen finns en fascination för det hemliga⁹⁵, vilken kan resultera i att de uttalanden som läkaren gör om det rent medicinska kan anses neutraliserat och mindre objektivt.

⁹³ Baudrillard, Jean, *The Ecstasy of communication*, 1988, s 57ff.

⁹⁴ Hedbäck, Sara, *Ond och god administration*, 2003, Läkartidningen nr 49 s 4064

⁹⁵ Baudrillard, Jean, *”In the Shadow of Silent Majorities”*. s 104.

5.3 Förförelse i budskapet - att få någon att göra som man vill

I bemötandet med en patient är det själva behandlingen som utgör förförelsen⁹⁶, med vilken det köpslås. Från ena sidan (patientens) är insatsen en längtan efter att bli botad och från den andra sidan (läkarens) är insatsen det professionella och viljan till att behandla.

”Det finns en fara i detta, för vi kan ju i princip styra diskussionen så att vi får patienten dit vi vill med våra förslag med åtgärder och behandling. Det beror ju på hur vi lägger fram vår information.”

– Läkare 3

”Ibland kan inte patienter vara med och bestämma. De kan inte se helheten.”

– Läkare 5

”Vissa saker diskuterar man med patienten – andra inte. Man säger att vi får sätta in en behandling ”Det är det bästa för dig”. Om patienten säger ”Javisst, ja... jag är tacksam för allt som ni gör”. Man diskuterar inte specifikt var och en... Det är ju också lite svårt för patienten att... han litar ju på att vi vet... Att vad vi bestämmer är bäst för patienten.”

– Läkare 8

Citaten ovan tolkar vi som att det istället för en gammal auktoritet upplevs finnas en ny form av auktoritet, praktiserad genom diskussion utifrån en ojämn informationsfördelning. Att de tre ovanstående citaten skulle agera någon form av grund för att påstå att en förändring i kommunikationssättet gentemot patienten har förändrats är naivt. Vi menar att vi (genom att ha fått ta del av läkarnas subjektiva upplevelser) ändå kan se hur de läkare vi har intervjuat talar om att de upplever en märkbar förändring. Vi menar att detta har stöd i Baudrillard's teorier för hur en förändring sker och därigenom är relevant att ta upp och tolka genom teorin.

De läkare vi har intervjuat menar också att patienten alltid ligger i underläge i jämförelse med läkaren, när det gäller tillgången till, för situationen, viktig information. I tillgången på information finns också möjligheten för patienten att låta sig behandlas och i bristen på information kan viljan finnas till att låta sig informeras och därmed också behandlas. Även om detta bara är ytan av var läkaren och patienten befinner sig

⁹⁶ Med förförelse menar Baudrillard den kontext runt kommunikationen som skapar ett resultat i form av att mottagaren gör som sändaren vill.

informations- och kunskapsmässigt så kan situationen tolkas efter hur patienten ställer sig till undvikandet, frånvaron och sökandet efter hemligheten⁹⁷. Med hemligheten menas i detta fall den expertkunskap som läkaren besitter.

”Många saker som man behöver ta hänsyn till, så kan man inte göra när man bara läst in en sak. De sätter kanske ner foten då och säger ”Nej, jag kan detta. Detta visar på... gör detta och detta”. Det går inte att styra behandlingen när de inte litar på oss...”

– Läkare 8

Ovanstående citat handlar om patienters ständigt ökade tillgång till information (till exempel via Internet) och kan tolkas som att en del av själva hemligheten läkaren besitter inte längre är en hemlighet. Detta fenomen (med ökad tillgång till information) framkom ett flertal gånger i våra intervjuer och ansågs av flertalet intervjuade läkare vara problematiskt, samtidigt som det fanns en fascination för att ha möjlighet att diskutera behandling med patienten om denne är påläst. Vi tolkar detta som att patientens tillgång till information kan vara både av ondo och godo för läkarna vi har intervjuat. Så länge som patienten inte har för mycket information och ifrågasätter läkarens expertkunskaper och förleder sig själva att tro på behandlingar som inte är möjliga, så uppmuntras det till diskussion och samtal. Så fort läkarens kunskap ifrågasätts så talas det om att patienten saknar ett helhetsperspektiv. Detta tolkar vi som att det ligger i läkarens intresse att bevara hemligheten och expertkunskapen. Om patienten skulle få reda på hemligheten så minskar läkarens auktoritet. Patienten söker inte längre upp läkaren för att få svar på vilken behandling som skall utföras, utan för att få en specifik, förutbestämd, behandling utförd. Det är alltså av stor vikt att mottagaren (patienten) söker upp sändaren (läkaren) för att sändaren i sin tur skall kunna ha en möjlighet att föra in förförelse i sitt budskap (att få sin ”vilja” igenom)⁹⁸.

⁹⁷ Baudrillard, Jean, *The Ecstasy of communication*, 1988

⁹⁸ Baudrillard, Jean, *The Ecstasy of communication*, 1988

6 Makt, status och sanning

6.1 Bilden av läkaren

I detta kapitel använder vi Foucaults teorier angående hur läkarrollen har skapats. Denna historiska syn anser vi vara av stor betydelse för att kunna besvara vårt syfte.

Bilden av läkaren idag, menar Michel Foucault, har sitt ursprung för mer än 200 år sedan. Åren som föregick och omedelbart följde Revolutionen⁹⁹ födde två stora myter med inbördes motsatta teman. En myt om en nationaliserad medicinprofession, organiserad som gamla tidens prästerskap och med makt över människans kroppsliga hälsa (liknande den som prästerskapet har haft över människans andliga hälsa). Den andra myten behandlar det totala försvinnandet av sjukdomar och ett samhälle i vilket medborgarna återgår till sitt ursprungliga hälsostadium.¹⁰⁰ Det är dessa två myter som gemensamt skapat bilden av läkarprofessionen såsom den ser ut idag. En annan viktig betraktelse, angående bilden av läkarprofessionen i det västerländska samhället, är att den har utvecklats i det närmaste synonymt med samhället i sig. Sättet på vilket sjuka omhändertas och skyddas, hur de exkluderas, fruktan inför döden och synen på misär förändras i samhället. Skall sjukdomar försöka botas eller skall de låtas ha sin naturliga gång? Detta, menar Foucault, visar på att läkarprofessionen i sig är en spegling av samhällets värderingar, politik, ideal och ekonomiska utveckling¹⁰¹.

” Jag tror även att själva strukturen på en stor klinik har blivit något mindre hierarkisk idag än vad det var tidigare. Det går inte idag att uppföra sig som en gammal auktoritär läkare som kommer in och bestämmer och tror att man kan allting. Det fungerar inte idag.”

– Läkare 3

⁹⁹ Med ”Revolutionen” menar Foucault såväl den franska som den amerikanska revolutionen. Foucault menar att dessa två, intellektuellt sett, var samma revolution.

¹⁰⁰ Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*, 1973, s 31f

¹⁰¹ Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*, 1973

Som vi har visat på i tidigare kapitel så har läkarprofessionen genomgått en förändring och det finns en vilja till marknadsanpassning. Sett utifrån Foucaults teorier är detta ingen motsägelse, tvärtom är det en naturlig följd, eftersom läkarprofessionen är en av de synligaste bärarna av ett samhälles ideal¹⁰². Utifrån detta kan ovanstående uttalande av Läkare 3 tolkas som lika mycket en bild av sjukvården, som en bild av hela samhället. Det vill säga, att om ord som ”stor klinik” byts ut mot ”samhälle”, ”läkare” mot ”ledare” så får uttalandet fortfarande samma moraliska betydelse som innan. Bilden av läkaren är bilden av ledaren och bilden av kliniken¹⁰³ är bilden av samhället. Det är utifrån detta som empirin nedan presenteras (med hjälp av Foucaults teorier).

6.2 Tre olika maktdiskurser över tid

6.2.1 Om diskurser

En diskurs kan definieras som ett system av idéer och kunskap, vilka är en del av ett specifikt vokabulär eller ett specifikt verksamhetsområde (kulturellt, psykologiskt, psykoanalytiskt, antropologiskt et cetera). Vad som är viktigt att nämna om just diskurser är att med hjälp av en diskurs så legitimeras och upprätthålls makt över vissa individer genom att benämna dem som vissa ”typer” utifrån diskursen. Diskursen definierar alltså vad som är normalt och vad som är avvikande.

Foucault skrev om en metamaktdiskurs (en övergripande idéströmning), i sig indelad i tre olika maktdiskurser skapade genom normers inverkan på makten i samhället¹⁰⁴. För att kunna förstå hur individen påverkas av dessa presenterar vi tre olika maktdiskurser, suverän, disciplinär och abstrakt, som beskrivs nedan under 6.2.2 till och med 6.2.4.

”Jag tror att det finns ett generationsskifte, för doktorn förr var ju mer auktoritär. Det var ju liksom alla såna här positioner i samhället... som kyrkan och sjukhuset, doktorn. Det fanns ju sådan social hierarki, men jag upplever att många patienter vågar fråga mer idag”

– Läkare 1

¹⁰² Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*, 1973

¹⁰³ Med ”kliniken” (fritt översatt från franskans ”la Clinique”) menar vi Foucaults term, vilken innebär att kliniken är institutionaliserad sjukvård och inte ett enskilt sjukhus eller en enskild mottagning

¹⁰⁴ Foucault, Michel, *Diskursens ordning*, 1993

”Ju yngre patienterna är, ju yngre man själv är som doktor, så kan man sväva mycket mer, det är mer informellt och inte alls den här traditionella rollen.”

– Läkare 1

Det finns en historisk kontinuitet i de tre olika diskurserna. Suverän makt föregår alltid disciplinär makt, som i sin tur föregår abstrakt makt. Därmed inte sagt att en senare typ av auktoritet ersätter en tidigare, bara att den nyare diskursen dominerar den rådande metadiskursen¹⁰⁵. Vad Foucault menar med detta är att det ligger i sakens natur att en typ av makt övergår till en annan för att bättre spegla omvärlden och de krav denna ställer.

Viktigt att påpeka är att vi här använder orden ”makt” och ”auktoritet” som ett och samma. Vi menar att auktoritet är praktiserad makt och att ordet har en positivare uppfattad betydelse än ordet makt. Detta kan vara en anledning till att det i större utsträckning har använts i empirin.

6.2.2 Suverän makt

”Patienterna stod nästan i givakt när läkaren gick rond förr i tiden.”

– Läkare 5

”... Jag tror att det har blivit... förr var det ju så att läkarna gick de här stora ronderna och där stod en massa läkare runt om och snackade om... liksom över huvudet på patienten...”

– Läkare 4

Läkare 5 och 4 beskriver i sina uttalanden ovan sjukvårdens historia och den historiska, suveräna auktoritet som fanns till läkarens förfogande. Den suveräna makten tillämpades främst i det traditionella arbetslivet, där arbetsplatserna och dess maktstruktur var mer påtagliga än i många nutida arbetsformer¹⁰⁶. Genom hierarkisk ordning och starka beslutsorgan skapades ett lågt självbestämmande bland anställda. Makthavaren hade obegränsat med makt, men däremot begränsad kontroll. Han¹⁰⁷ kunde agera som han önskade och kunde använda sig av valfria straff.¹⁰⁸

¹⁰⁵ Foucault, Michel, *Diskursens ordning*, 1993

¹⁰⁶ Foucault, Michel, *Diskursens ordning*, 1993

¹⁰⁷ för det var ofta en man...

¹⁰⁸ Foucault, Michel, *Discipline and punish: The birth of the prison*, 1977

"...I synnerhet då fattades alla beslut på ett ganska auktoritärt sätt och inte så mycket diskussion och inte lyssna på andra. Man lyssnade inte lika mycket på patienten, utan man bestämde vad man tyckte var bäst... i all välmening, alltså..."

– Läkare 3

Ovanstående citat från läkare 3 tolkar vi som att suverän auktoritet inom läkarprofessionen i sig inte behöver vara förtryckande, utan tvärtom ofta användes i all välmening för att skapa bästa möjliga behandling för patienten.

6.2.3 Disciplinär makt

"Men å andra sidan blir vi mer och mer tjänstemän och mindre en kategori som idkar läkarkonsten."

– Läkare 3

Detta uttalande tolkar vi som en inblick i läkarprofessionens disciplinära auktoritet. Detta genom ordvalet "tjänstemän", vilket tyder på en mer administrativ, kontrollerande funktion. Läkaren har genom att också axla tjänstemannens roll en möjlighet att utöva disciplinär makt genom att administrera olika regelsystem och lagar.

En utmärkande egenskap för den disciplinära makten är just denna maskerade kontroll. Maktutövningen är inte lika påtaglig som i den suveräna diskursen, men är istället av en mer psykologisk karaktär. Det skapas en diskurs som alla förväntas att följa och vilken normaliserar människors värderingar och utgör en måttstock vilken mäter allas uppträdande. Varje individ ses som ett objekt och på så vis kan avvikelser urskiljas.¹⁰⁹

"... på något vis har det ju med status att göra... det är lättare att skälla på receptionisten än på doktorn."

– Läkare 3

Ovanstående tolkar vi som en medvetenhet om att patienten är observerad och reglerar utifrån detta sitt beteende, vilket skapar en självreglering på ett inre plan då individen vet att denne hela tiden kan vara övervakad och subjekt för disciplinära åtgärder. Patienten tar ut eventuella frustrationer, inte på läkaren, utan på andra längre ner i den disciplinära hierarkin.

¹⁰⁹ Foucault, Michel, *Discipline and punish: The birth of the prison*, 1977.

6.2.4 Abstrakt makt – examination

”Förr var det lite statusyrke att vara läkare, men det är inte på samma sätt nu längre alltså. Den lilla status som finns är att komma in, man måste ha toppbetyg.”

– Läkare 4

”Då var jag AT-läkare¹¹⁰ och då har man inte lika mycket respekt... Det är ju kanske mer det som har ändrats liksom. Man har börjat känna, liksom, lite respekt. Eftersom man kan mer.”

– Läkare 8

”Avgörandet ligger på en person, vilket skapar vissa risker. Man har ett ansvar, vilket är lika med auktoritet. Är man överläkare har man högre status. Till exempel blir en AT-läkare ifrågasatt på allt - en överläkare nästan aldrig.”

– Läkare 5

Citaten från Läkare 4, 8 och 5 tolkar vi som utmärkta exempel på vad Foucault benämner som ”abstrakt makt” eller ”makt genom examination”. Via examination utvärderas läkaren av samhället som sedan skall godkänna arbetet och kontrollera att det är korrekt utfört. Detta genom att det finns standardiserade examinationer såsom AT och ST. Det är genom examination som läkaren skaffar sig makt - ju fler och högre ”examina” desto mer makt. Detta leder till att examinationen blir en dynamisk process vilken upprätthåller den rådande diskursen inom kliniken¹¹¹.

6.3 Om förhållandet mellan makt och status

”Men fortfarande uppfattar jag att man har väldigt stor respekt för läkare och inte rädsla, men en respekt som jag tycker är helt ok. Där man respekterar läkaren som expert på just detta område. Förr var det väl lite mer att så att man inte bara i läkaryrket, men även i andra yrken hade man hög auktoritet... hade man det på alla områden och det kanske inte är så logiskt egentligen.”

– Läkare 1

¹¹⁰ Läkare som gör sin allmäntjänstgöring efter läkareexamen, varierar mellan 18-24 månader
<http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2188>

¹¹¹ Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*, 1973

”Folk respekterar läkare väldigt mycket... vad man säger och tycker... naturligtvis inte lika mycket som man gjorde för, men alla gamla auktoritetsyrken har minskat mycket. Om man säger i den gamla världen så var det ju kanske, skolläraren, prästen, läkaren och möjligen om det fanns ett reglemente, var det de militära som hade hög status. Och alla de yrkena har ju minskat väldigt mycket och av dem har kanske läkaryrket minskat absolut minst jämför med de andra.”

– Läkare 1

Centralt i många av Foucaults texter är analysen och betydelsen av makt. Utifrån 6.1 ovan så är det ett rimligt antagande att läkaren, genom sin position, besitter makt (eller med ett annat ord, auktoritet). Det är däremot farligt att dra paralleller mellan auktoritet och status, eftersom status är mer kvalitativt till sin natur och vilar på helt andra grunder än auktoritet och makt¹¹². Foucault menar istället att läkarprofessionens upphöjda status beror på huvudsakligen två faktorer: (1) läkarens emotionella övertag genom vilket läkaren övertagit prästens roll och anspelar på samma spirituella status och (2) synen på medicin som en naturvetenskap i ett samhälle vari naturvetenskapen är den nya religionen och sanningen¹¹³.

”Man ska vara en doktor som lyssnar och kan ge råd och kunna trösta... i de fall det behövs.”

– Läkare 1

”Liksom bemöta patienten med, liksom, respekt och lyssna till vad den säger och sånt. Vara... artig... och snäll och visa empati. Det är väldigt viktigt. Sätta dig i patientens spår... Ja, det är ju i stort sett vad man försöker...”

– Läkare 8

Vi tolkar ovanstående två uttalanden som en vilja från läkarens sida att inte bara behandla kroppsliga, medicinska, problem, utan att även, genom empati och tröst, försöka lindra andligt lidande för patienten. Att vara den som tröstar andra innebär att man besitter visdom för att leda patienten till bättre andlig hälsa.

Foucault menar att just bilden av läkarens visdom är en modern myt, i vilken läkaren kan se det som patienten möjligen försöker dölja. Om bara patienten berättar om sina problem så kan också läkaren lättare bota dem. Förhållandet mellan bra liv och bra hälsa blir suddigt och läkaren blir till en bärare av kulturellt betingad visdom.¹¹⁴ Detta är

¹¹² Foucault, Michel, *Diskursens ordning*, 1993

¹¹³ Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*, 1973

¹¹⁴ Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*, 1973, s 45

samma typ av visdom som prästerskapet i det tidigare samhället besatt¹¹⁵, vilket illustreras av nedanstående uttalanden:

”Som på landet förr med kyrkoherden, alla var beroende av läkaren som var den enda... Det gjorde att de fick en enorm beroendeställning till den läkaren.”

– Läkare 4

*”Man talar om att läkaren har tagit över prästens roll.
Ja, men sen ofrivilligt har vi tagit på oss en roll att göra saker åt samhället”*

– Läkare 1

Foucault menar att myten kring läkarens förmåga att se bortom situationen (att inte bara se den åkomma som patienten sökt hjälp för, utan även bakomliggande orsaker) ligger i den kliniska blicken. Denna kliniska blick är (enligt Foucault) ”tyst, utan gester och lämnar det observerade som det var; det finns inget osynligt för den kliniska blicken och när väl tänkbara hinder är överbryggade har läkaren en möjlighet att lyssna i tystnad – all kunskap ersätts av visdom i mötet med patienten”¹¹⁶. Denna kliniska blick anser vi kan vara en teoretisk förklaring till det som beskrivs under 1.2.2 (att läkaren måste lära sig att ”slå av” sina känslor). Nedanstående citat tolkar vi som en bra beskrivning av den kliniska blicken:

”Klassiska uttrycket som jag tror att läkare eller sjukvården ska: ibland bota, ofta lindra, men alltid trösta. Det är ju en jätteviktig del att hjälpa folk igenom inte bara det medicinska, utan hjälpa dem bearbeta de problem de har”

– Läkare 1

¹¹⁵ Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*, 1973

¹¹⁶ Foucault, Michel, *Naissance de la Clinique*, 1973, s 107

6.4 Att vara den som säger sanningen

Sanning är det som (1) uppfattas som sanning vid ett givet historiskt tillfälle och som (2) produceras genom en operationalisering av makt¹¹⁷.

”På vissa fungerar auktoritet, på andra resonemang.”

– Läkare 5

Ovanstående citat från läkare 5 tolkar vi som en beskrivning av sanningsproduktion med hjälp av makt (såsom makt beskrivits under 6.2 och 6.3). Den som besitter auktoritet och status är också den som producerar sanning¹¹⁸. Utifrån läkarprofessionens moraliska, etiska och spirituella bakgrund produceras sanning.

¹¹⁷ Foucault, Michel, *Discourse and truth: The problematization of Parrhesia*, 1985

¹¹⁸ Foucault, Michel, *Discourse and truth: The problematization of Parrhesia*, 1985

7 Sociala gruppers dimensioner och sociala faktorer

Vi skall i detta kapitel med hjälp av Etienne Wengers teori om sociala grupper tolka vår empiri och utifrån denna teori sedan analysera vårt valda problem i avsnitt 8.5. Vi anser att Wengers teori hjälper oss att förklara varför New Public Management och Service Management inte har fått den genomslagskraft i läkaryrket som har skett i andra områden i den offentliga sektorn.

Vi har i kapitel 5 och 6 använt oss av två teorier som skrevs långt innan New Public Management och Service Management-reformerna föddes, men vi menar att dessa teorier fortfarande kan beskriva varför det fungerar som det gör i patientbemötandet. I Wengers teori om sociala grupper anser vi att han grundar sin teori på just kommunikation och makt. Vi använder oss därför av denna teori för att sammanfläta de olika teorierna och på så sätt ge vår förklaring till varför det kan vara svårt att genomföra förändringar i sjukvården. Denna teori har en stor betydelse i vår uppsats, eftersom vi – utifrån Wengers teorier - kommer visa att läkare är en stark social grupp i samhället, vilket leder till att det är svårt att förändra situationen mellan läkare och patient. I detta kapitel kommer vi därför att förklara vad teorin innebär och exemplifiera utifrån vår empiri, för att styrka att läkaren har en högre status än patienterna genom att de är en stark social grupp. Till skillnad från teorierna som behandlats i kapitel 5 och 6, belyser Wengers teori de inre förhållandena inom den sociala gruppen. Vi anser detta vara viktigt eftersom inte endast maktförhållandet mellan läkare och patient påverkar, utan även sociala förutsättningar läkare emellan. Vi menar att det finns ett samspel mellan inre och yttre faktorer och ämnar visa detta under kapitel 8 i vår analys.

7.1 Sociala grupperns betydelse

Wengers teori bygger på att alla människor i samhället tillhör en eller flera sociala grupper. I varje grupp identifierar sig individen i olika roller, till exempel att en person kan vara läkare på arbetet men samtidigt mamma; rollerna tar sig uttryck på olika sätt i olika lägen. Självklart är läkaren mamma samtidigt som hon opererar, men har då iklätt sig den läkarroll som tillhör läkarens sociala grupp, alltså läkarkåren. Wenger menar att det är väldigt viktigt att människan kan identifiera sig i olika sociala grupper för att känna gemenskap. De olika sociala grupperna har olika funktioner i samhället och har olika historia som har skapat den bild av gruppen som samhället förväntar sig. Utifrån detta har Wenger skapat en teori där han delar upp sociala grupper i olika dimensioner och läkare som yrkeskår anser vi kan ses som en social grupp. Detta med stöd av Wengers förklaring att en social grupp kan vara ett ungdomsgäng, sjuksköterskor på en avdelning, en yrkeskår eller en del av en yrkeskår¹¹⁹. Inom en social grupp menar Wenger att medlemmarna känner ömsesidighet och ansvar inom gruppen - att de litar på varandras kompetenser¹²⁰. Nedan presenteras Wengers teori genom en förklaring av viktigaste elementen i teorin.

7.2 Teorins byggstenar

Nedan kommer teorins byggstenar presenteras, förklaras och stärkas med hjälp av vår empiri. Wenger menar att en vilja att utvecklas och en stark tillhörighet inom gruppen, är avgörande för vilken ställning den sociala gruppen har i samhället. Ju starkare grupp, desto svårare är det att ändra den bild som samhället och läkarna har av läkaryrket.

7.2.1 Engagemang

Wenger karaktäriserar engagemang enligt följande: att göra saker tillsammans, som att samtala och att gruppen har gemensamma artefakter: exempelvis hjälpa en kollega¹²¹.

¹¹⁹ Wenger, Etienne, Kapitel 12- *Communities of practice and social learning systems* ur Starkey, Ken et al, *How organizations learn*, 2004

¹²⁰ Wenger, Etienne, *Kapitel 12- Communities of practice and social learning systems* ur Starkey, Ken et al, *How organizations learn*, 2004

¹²¹ Wenger, Etienne, *Kapitel 12- Communities of practice and social learning systems* ur Starkey, Ken et al, *How organizations learn*, 2004

”Det man inte kan får man ta hjälp av andra. Ju äldre man blir desto mindre frågor finns det som man inte kan svara på, men det finns alltid frågor man inte kan svara på.”

– Läkare 5

Citatet ovan tolkar vi som att läkare 5 anser att det finns en solidaritet inom yrket, de läkare vi har intervjuat anser även att det finns ett gemensamt språk inom läkaryrket, vilket i sig skapar en stark sammanhållning inom yrket. Detta styrks även av citatet av Läkare 8 nedan:

”Självklart när läkare pratar med varandra... och när läkare och sjuksköterskor pratar med varandra så är det ett helt annat språk.”

– Läkare 8

Läkare 8 anser att det finns ett gemensamt språk mellan läkare (och även sjuksköterskor). De läkare vi har intervjuat menar att det kan vara svårt att använda uttryck så att patienten förstår vad de menar. Läkare 8 anser att de är vana vid att använda sig av medicinska uttryck, men anser samtidigt att det är viktigt att använda mer vardagligt språk, för att på så vis skapa en bättre förståelse från patientens sida. Det gemensamma språket skapar en stark sammanhållning inom den sociala gruppen, vilket i sin tur skapar en stark gemenskap¹²².

7.2.2 Fantasi

Enligt Wenger konstruerar vi en bild av oss själva, av vår sociala grupp och av världen för att kunna orientera oss själva och för att kunna reflektera över olika situationer; vi ger varandra olika utnämningar (som att någon är en pålitlig läkare, en populär student eller en duktig fotograf)¹²³. De läkare vi har intervjuat har en bild av att de fortfarande har en auktoritet i samhället vilket nedanstående styrker:

¹²² Wenger, Etienne, *Kapitel 12- Communities of practice and social learning systems* ur Starkey, Ken et al, *How organizations learn*, 2004

¹²³ Wenger, Etienne, *Kapitel 12- Communities of practice and social learning systems* ur Starkey, Ken et al, *How organizations learn*, 2004

”Fortfarande uppfattar jag att man har väldigt stor respekt för läkare och inte rädsla men en respekt som jag tycker är helt ok, där man respekterar läkaren som expert på just detta område. Förr var det väl lite mer att så att man inte bara i läkaryrket men även i andra yrken hade man hög auktoritet hade man det på alla områden och det kanske inte är så logiskt egentligen.”

– Läkare 2

”Det är ett särskilt yrke och har en särskild position i samhället, ja det tror jag att man rent generellt att man har. Ibland säger inte jag att jag är läkare, för först när man är läkare så är man ju någonting, om det är någonting stort eller någonting litet så är man någonting, man har en viss definition. Det betyder att man har någonting som folk kan relatera sig till.”

– Läkare 6

Vi tolkar ovanstående (från de intervjuade läkarna) som att samhället har skapat en bild av läkaren och hur de skall vara och hur de skall handla. Även läkarna har skapat en bild av sig själva och måste leva upp till olika förväntningar från sin sociala grupp och från samhället i stort. Enligt Läkare 2 hade läkaren förr i tiden en auktoritet i alla sociala situationer, men utifrån Wengers teori så ligger det nära till hands att tolka det som att samhället har tagit ifrån läkaryrket en stor del av denna status genom att skapa en ny bild av hur läkaren skall vara. De läkare vi har intervjuat menar ändå att läkaren har mer auktoritet än patienten, vilket har behandlats i kapitel 6. De båda parterna är dock mer på samma nivå nu än förut, vilket nedanstående citat styrker:

”Man ska möta patienten på den nivå som de är och det ska man ju läsa in ganska snabbt när man träffar en person. Vilken typ av person, ska man prata högt eller prata normalt. Men jag försöker ändå att försöka träffa folk på den nivå som de är på.”

– Läkare 6

7.2.3 Inriktning

Wenger anser att det är viktigt för den sociala gruppen att se till att de lokala aktiviteterna har samma inriktning och syfte som andra processer. Ett exempel på detta är att alla inom läkarkåren strävar efter att handla efter de gemensamma etiska koder som finns - både på lokal och global nivå¹²⁴.

¹²⁴ Etiska regler för läkarkåren http://www.whiplashinfo.se/etik/etiska_regler_for_lakarkaren.htm

7.2.4 Organisation: energiskt lärande

Wenger menar att engagemang och utveckling av lärandet, inom den sociala gruppen, är viktiga byggstenar i teorin¹²⁵. Under våra observationer (vid ”VII Svenska Kardiovaskulära Vårmetet/XX” 27 april - 29 april på Malmömässan) har vi tolkat det som att läkare har en stark sammanhållning och en drivkraft att lära sig mer genom att (till exempel) delta i lärande seminarium. Under året finns ett antal olika seminarium och möten som läkare kan delta i för att förbättra sina kunskaper och just utbildning är en mycket viktig komponent för den enskilde läkarens yrkesutövning¹²⁶. Detta tolkar vi som att den expertkunskap som läkarna besitter skapar en väldigt stark sammanhållning och en stark tillhörighet mellan läkarna i den sociala gruppen. Detta förstärker bilden av det ojämlika förhållandet mellan läkare och patient.

7.2.5 Ömsesidighet: Socialt kapital

Hur djupt är då den gemensamma bilden rotad? I en social grupp måste medlemmarna kunna lita på varandra. De måste våga fråga efter hjälp eller kunna rådfråga kollegor. De måste även stötta varandra i svåra situationer, vilket även uttalandet under avsnitt 7.2.1 stärker. Citaten nedan från två av de läkare vi har intervjuat stärker Wengers tes om att medlemmar i en social grupp (i detta fall läkare) stöttar varandra:

”Vi stöttar varandra och hjälper varandra tror jag på ett rätt så bra sätt... Jag tror att sammanhållningen är ganska god, det pratas rätt mycket om karriär och att man trampar på varandra för att göra karriär och sånt men jag skulle inte tro att det är så där fruktansvärt uttalat.”

– Läkare 3

”Sammanhållningen har börjat öka... man har ju mer problem man kan diskutera tillsammans med andra läkare...”

– Läkare 2

¹²⁵ Wenger, Etienne, *Kapitel 12- Communities of practice and social learning systems* ur Starkey, Ken et al, *How organizations learn*, 2004

¹²⁶ <http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2190>

7.2.6 Repertoar: Självmedvetenhet

Kan den sociala gruppen reflektera över sin inverkan på sina medlemmar och på samhället? Kan gruppen använda sin självmedvetenhet och utveckla den sociala gruppen?¹²⁷ Enligt de intervjuade läkarnas (subjektiva) bild av verkligheten så har läkarkåren haft en del problem när det gäller att reflektera över sin sociala grupp. Läkare 6:s uttalande nedan styrker denna bild:

”Det har varit mycket debatt om... nu har den läkaren och den läkaren gjort si och så, det är också för hemskt. Där tror jag man som läkarkår har mycket att vinna, att man går in och säger så var vi professionella, vi är stolta i det vi gör, huvudsakligen så är ju det vi gör är egentligen bra. Det är alltså rutna äpplen i en korg. Men jag tror att man kan vinna mycket på att gå in och se hur vi bemöter patienten, publiken rent generellt. Där har vi mycket att vinna, man har varit för svag man har gått lite defensiven, det tror inte jag är rätta vägen man ska våga.”

– Läkare 6

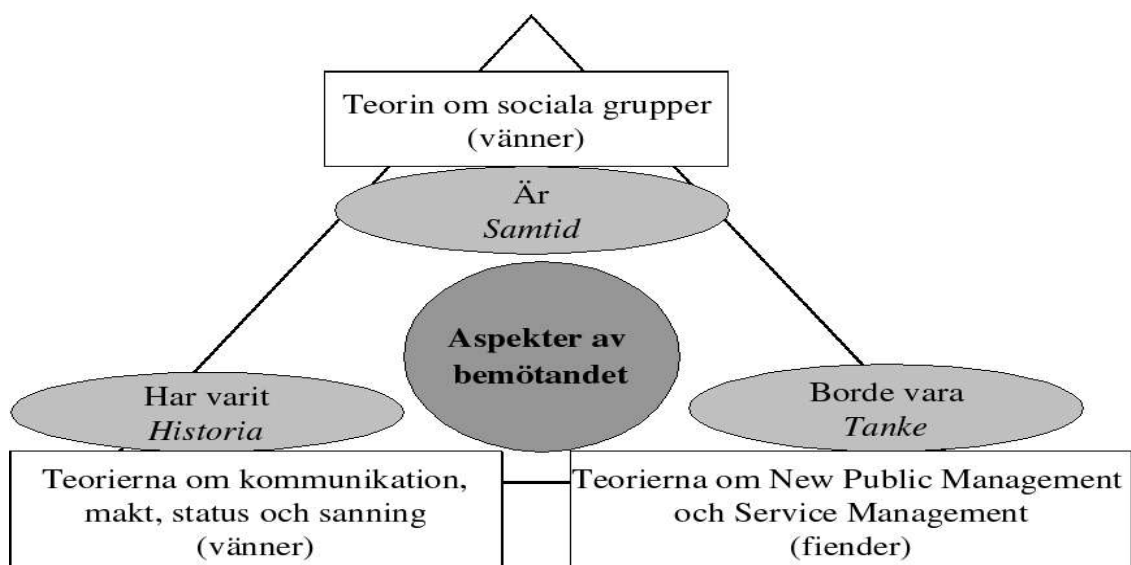
Ovanstående tolkar vi som att läkare 6 anser att läkarkåren inte har tagit ställning i frågor kring läkarens bemötande med patienten och på detta vis skapat en brist på förtroende i samhället. Vi tolkar det som att de intervjuades bild av läkarkåren är att den inte har kunnat reflektera över sin sociala grupp tillhörighet och inte haft tillräcklig självmedvetenhet för att kunna utveckla gruppen i detta sammanhang. Detta kan leda till att den sociala gruppen blir svagare i samhället, vilket vi, från vår empiri, tolkar som en av orsakerna till att läkarnas sociala grupp har förlorat en del av sin traditionella auktoritet och status i samhället.

Vi har valt att presentera Wengers teori om sociala grupper för att visa att läkarprofessionen är en stark social grupp i samhället, vilket förstärker det ojämlika förhållandet mellan dem och patienterna.

¹²⁷ Wenger, Etienne, *Kapitel 12- Communities of practice and social learning systems* ur Starkey, Ken et al, *How organizations learn*, 2004

8 Analys

8.1 Vänner och fiender



Vi vill i detta inledande avsnitt klargöra på ett så enkelt sätt som möjligt vilka teorier/synsätt som är våra "vänner" och "fiender" i avseendet att besvara vår frågeställning. Genom uppsatsen har vi behandlat fem teorier. Två av dem, New Public Management och Service Management, har stått i fokus och ifrågasatts av oss (författarna). Som stöd för och förklaring av detta ifrågasättande har vi genom empirin tolkat och använt oss av två teorier som handlar om kommunikation respektive makt. Den femte teorin, den om sociala gruppers dimensioner och sociala faktorer, använder vi i huvudsak för att teoretiskt kritisera New Public Management och Service Management genom vår insamlade empiri. De sociala faktorerna visar varför läkarnas grupptillhörighet stärker vårt påstående, om svårigheter med marknadsanpassning av sjukvården, då dess starka rötter och traditioner gör att förändringar är svåra att genomföra. Det gör sammantaget att New Public Management och Service Management är våra fiender, teorierna om kommunikation och makt, samt sociala grupper är våra vänner.

8.2 Kritik mot New Public Management

New Public Management har använts för att få en överblick av hur sjukvården styrs och hur den skulle kunna styras. New Public Management som behandlas i kapitel 3 (både teoretiskt och empiriskt) är en reform som modifierar den politiska administrativa styrningen. Enligt vårt syfte vill vi i denna uppsats kritisera och kontrastera reformens inverkan på den svenska sjukvården och visa på att reformen inte passar lika bra i alla områden i samhället. Vi menar att sjukvården är ett speciellt område som måste styras på ett speciellt sätt och även om reformens idéer om att styra den offentliga sektorn som den privata kan leda till effektivisering, så kan en del problem uppkomma. Exempel på sådana problem kan vara att en viss orättvisa skapas i samhället.

Marknadsanpassningen (som är mycket viktigt i den privata sektorn) kan också skapa problem inom sjukvården och detta instämmer de intervjuade läkarna med. Problem som uppstår kan vara att de som borde vara de högprioriterade patienterna inte får den vård de behöver. Grupper som är bra på att föra sin talan kan utnyttja marknadskrafterna på ett bättre sätt än de som är mindre bra på att föra sin talan. Detta kan skapa stor orättvisa i samhället och enligt respondenterna så är det sjukvårdens ansvar att rätt personer kommer till rätt doktor och att de därmed får den vård de behöver.

8.3 Kritik mot Service Management

Trenderna i vårt samhälle idag visar på en marknadsanpassning av många tjänster så som teleoperatörer, elbolag och skolor. Utvecklingen därifrån skulle ta oss till en marknadsanpassning av sjukvården. Frågan i sig har politiska dimensioner, som diskuteras i föregående avsnitt, eftersom en total privatisering därmed skulle göra patienten till mer av en kund. I kapitel 4 om Service Management har vi tolkat det som att det finns fler motståndare bland våra respondenter till synsättet om en marknadsanpassad bild av patienten, än vad det finns förespråkare.

På en personlig nivå för patienten är bilden av denne som kund en enkel och bekväm idealbild (marknadsanpassning, jämbördigt förhållande) som, enligt vår studie, har svårt att få förankring där ute, där mötet mellan läkare och patient verkligen äger rum. Vad vi

anser framkomma i kapitel 4 är att det finns en del faktorer som skiljer sjukvård från andra tjänster, så som sjukdomstillståndet i sig och sociala faktorer (ålderdom, språksvårigheter, förmåga att föra sin egen talan). Dessa faktorer gör, menar vi, att Service Management inte kan appliceras på all sjukvård, som andra tjänster och därmed kan patienten inte utvecklas till kund i alla lägen inom sjukvården.

8.4 Förändring i kommunikation

Utifrån vår insamlade empiri (tolkad genom Jean Baudrillards teorier om kommunikationens betydelse för sändarens roll) så menar vi att, även om läkaryrket och läkarprofessionen har genomgått en förändring mot en högre grad av marknadsanpassning, så kvarstår det samma ojämlikhet i kommunikationen som tidigare. Läkaren är fortfarande i ett överläge, vad gäller såväl kommunikation som (för situationen) väsentlig kunskap. Vi menar att denna relation till kunden (patienten) skiljer sig från andra kunskapsprofessioner och att skillnaden till största delen ligger i den kunskap läkaren besitter. Kunskap som inte sällan är sedd som att inneha ett högt värde och i sig självt vara både exklusiv och onåbar - hemlig.

Det kan te sig märkligt att påstå att förhållandet mellan läkare och patient är det samma som tidigare vad gäller kommunikation, men vi menar att även om förhållandet ser annorlunda ut idag så finns det en fara i att bedöma dagens förhållande utifrån gårdagens normer. Om förhållandet istället bedöms utifrån den rådande situationen så (menar vi) finns det paralleller till hur det såg ut tidigare i förhållandet mellan sändaren (läkaren) och mottagaren (patienten). Det är fortfarande en fråga om att mottagaren söker upp sändaren för att få ta del av sändarens information – däri har inget förändrats.

8.5 En ny form av auktoritet

Analysen och presentationen av empirin avseende auktoritet, makt, status och sanning har haft formen av en historisk jämförelse. En jämförelse och tolkning av dagens förhållanden satt i förhållande till hur det har varit. Vi menar att relationen till patienten har genomgått en förändring, men att denna förändring inte har haft till följd att

maktrelationen mellan läkaren och patienten har förändrats i annat avseende än hur den gestaltar sig. Även om vi, genom våra intervjuer, har fått en bild uppmålad för oss av läkarens minskade auktoritet och status i dagens Sverige, tolkar vi det istället som att auktoriteten och statusen har tagit sig andra uttrycksformer. Vi visar ovan i kapitel 6 hur vi tolkar att det har skett en förändring över tid, bort från en suverän auktoritet och mot en mer abstrakt auktoritet.

Vi har även uppfattat det som att läkarens auktoritet, diagnoser och beslut ifrågasätts mer idag än vad det gjort tidigare. Detta är i sig inget som någon av de läkare vi intervjuat varit övervägande negativa till – tvärtom poängteras det att det i dessa fall är i diskussionen med patienten som läkaren, genom sin kunskap och yrkesroll, får sin vilja igenom. Det är, med väldigt få undantag, fortfarande läkaren som bestämmer, eller för att uttrycka det i Service Management-termer: tjänsten skapas inte alltid tillsammans med kunden.

En av Michel Foucaults hörnstenar i analysen av läkarens roll i samhället var att läkaren besatt ett emotionellt övertag gentemot sin patient. Detta menar vi fortfarande existerar, vilket tydligt har framkommit i våra intervjuer. Läkaren ser sin egen roll inte bara som en strikt medicinsk sådan, utan även att de agerar tröst och stöd åt sina patienter. Detta leder till att i en analys av läkarens auktoritet (utifrån Foucaults teorier) idag (jämfört med innan tanken om marknadsanpassning fick genomslagskraft), så är det endast en annan form av auktoritet än tidigare då alla grunder till makt kvarstår.

Läkarprofessionen har fortfarande ett emotionellt övertag (se ovan under 6.3.1) och medicin klassas och ses fortfarande som en naturvetenskap (se ovan under 6.3.2).

Vi menar därmed att det, precis som under 8.4, endast är andra uttrycksformer idag och analyserat utifrån en samtida synvinkel så kvarstår gamla förhållanden. Marknadsanpassningen blir således inget annat än en blott yttlig förändring.

8.6 Om kollegialitet inom läkarkåren

8.6.1 Förklaring av hur patientbemötandet ser ut och varför

Som beskrivits i avsnitt 7, analyserar vi vårt valda problem utifrån Wengers teori, som vi presenterar i nedanstående uppställning. Vi kommer att använda oss av dessa tre aspekter eftersom Wenger anser att dessa är de viktigaste inom en yrkesgrupp. Vi anser att det är dessa aspekter som har skapat gruppens starka ställning i samhället.

1. Energiskt lärande

Identifierar medlemmarna sina kunskapsgap och samarbetar för att överkomma dem?

2. Socialt kapital

Vilka händelser och interaktioner sammanflätar gruppen och utvecklar förtroende?

3. Självmedvetenhet

Till vilken utsträckning finns det, delad erfarenhet, språk, artefakter, historia och metoder samlade över tiden? Potential till fler interaktioner och nya betydelser?

8.6.2 Generell analys

I detta avsnitt kommer vi att beskriva varför det är viktigt att identifiera läkarprofessionen som en social grupp och utifrån denna göra en analys.

Läkaren har genom sin historia skapat en status kring sitt yrke. Vi har (utifrån våra intervjuer och observationer) tolkat det som att läkarens auktoritet anses komma från att det som regel endast fanns en läkare i staden förr. Detta ledde till att befolkningen var tvungna att lita på sin läkare eftersom det inte fanns någon annan att rådfråga. Enligt Läkare 2 hade läkaren denna status i alla situationer, men denna status och situation har idag reducerats till nästan obetydlighet. Däremot har läkaryrket kvar mycket av sin auktoritet i mötet med patienten, vilket vi har tolkat som att de intervjuade läkarna anser

att läkarprofessionens historia har skapat en bild av hur läkaren skall vara, och enligt många av de läkare vi har intervjuat anses det att det finns få saker som är svårare än att just ändra på attityder i samhället. Ledargestalten för läkarna är chefsläkaren, men de som bestämmer är politikerna. Enligt de intervjuade läkarna besitter chefsläkaren ledarrollen och har det yttersta ansvaret för kliniken och som de övriga läkare kan rådfråga och söka stöd hos. Enligt Wenger är det mycket viktigt att en social grupp kan vända sig till en ledare för att kunna få stöd och råd, vilket i sig är en viktig faktor för att skapa en stark grupp.

Vi menar att det är många olika slags människor som passar inom läkarens sociala grupp, eftersom det är multidisciplinerat yrke. Under utbildningen lär sig läkarna, att de jobbar för samma sak - att bota och hjälpa till bästa förmåga. De läkare vi har intervjuat, menar att de ville bli läkare för att kunna hjälpa människor, vilket vi har tolkat som att medlemmarna i denna sociala grupp har ett gemensamt syfte och en gemensam mening med att utbilda sig till läkare och även en speciell upplevd mening för samhället.

Den som vinner inträde i den svenska läkarkåren måste ständigt låta sig ledas av de etiska koderna. Dessa koder skapar en tillhörighet inom den sociala gruppen. Det som håller gruppen samman är att det finns ett gemensamt syfte och att det är en grupp som behövs i samhället. Läkarna har en expertkunskap som är viktig för samhället, vilket skapar en identitet för läkarna. Varje klinik/vårdcentral har sina rutiner och modeller för hur arbetet skall genomföras, men behandlingar och operationer utförs på ett standardiserat sätt. Utifrån vår empiri har vi tolkat att traditionerna och metoderna överförs till nästa generation genom den standardiserade utbildningen och genom den praktik de genomgår efter examen.

Vi har visat att läkarkåren kan identifieras som en mycket stark social grupp. Wenger menar att en stark social grupp har en viktig roll i samhället och medlemmarna känner en stark tillhörighet. Gruppen får en bild av hur de skall agera i samhället och denna bild bygger på gruppens historia.

8.6.3 Analys - energiskt lärande

Enligt de intervjuade läkarna finns det en stark vilja att identifiera de kunskapsgap som finns inom gruppen och viljan till att kunna mer är stark. Medlemmarna i läkarkåren har möjlighet att gå på seminarium och andra möten under året, vilket skapar en stark sammanhållning och tillfällen att lära nya saker. Enligt våra observationer kan ett seminarium skapa en samhörighet i den sociala gruppen och medlemmarna känner sig speciella då de får vara en tydlig del av en stark social grupp i samhället.

Den expertkunskap som läkarna besitter leder till att de fortfarande har kvar sin auktoritet när det handlar om konsultationen mellan läkare och patient. Detta eftersom patienten inte har den kunskap som läkaren har och måste då förlita sig på läkaren. Detta kan relateras till både Baudrillards och Foucaults teorier om hur förhållandet har förändrats mellan läkare och patient, men att ojämlikhet fortfarande råder. Vi menar att de teorier som vi har benämnt som våra "vänner" är samstämmiga. Värdet i Wengers teori är att den är mer samtida, till skillnad från Baudrillard och Foucault som utvecklade sina teorier under 1980- respektive 1970-talet.

8.6.4 Analys - socialt kapital

Eftersom det finns obligatorisk utbildning så får alla läkare samma grundutbildning. Utifrån detta har vi tolkat det som att utbildningen har skapat en tillhörighet inom läkarkåren. Behandlingen läkaren genomför kan vara synnerligen komplicerad och det kan vara svåra beslut som en läkare måste ta. Läkaren kan då söka stöd och hjälp av andra läkare.

De intervjuade läkarna anser att läkaryrket kan vara mycket ensamt och det är därför mycket viktigt att de kan stötta varandra inom läkarkåren. Från vår observation och våra intervjuer, har vi tolkat att - sammanhållningen i den sociala gruppen har blivit bättre den senaste tiden, men att det anses att den alltid kan bli starkare.

Läkare har oftast setts som karriärmänniskor, men detta fenomen verkar minska inom professionen, vilket kan bero på att läkarstudenterna har börjat undervisas i hur de skall arbeta i team och hur de skall bemöta en patient på rätt sätt.

För att komma in på läkarutbildningen måste studenterna i dagens läge ha högsta betyg. Utifrån detta har vi tolkat det som att de som blir läkare har redan från sin utbildningstid känt sig speciella, eftersom de får ingå i en social grupp som är svår att bli medlem i. Detta i sin tur leder till att gruppen blir ännu starkare i samhället. Det skall poängteras att detta är våra tolkningar och de intervjuades subjektiva bild av hur läkarens sociala grupp integrerar i samhället.

Ovanstående främjar en stark gruppgemenskap. En gemenskap som inte finns hos patienter som grupp. Vi menar att det finns en organisk samhörighet, till exempel genom teamarbete, men även mekanisk samhörighet, som styrs av lagar och regler (bland annat i utbildningen), vilket skiljer de båda grupperna åt (om patienter ens kan benämnas som grupp).

8.6.5 Analys - självmedvetenhet

Som redan analyserats i kapitel 8.3 och 8.4 har läkare en historia som har gjort att samhället har skapat en bild av hur läkare skall vara och bete sig. Historien har också skapat ett sätt hur medlemmarna i den sociala gruppen uppträder. Vi har tolkat - utifrån vår empiri - att den historiska bilden som finns av en läkare har gjort att de fortfarande har kvar mycket av sin gamla auktoritet och status i samhället. Auktoriteten gestaltar sig inte på samma sätt som förr, där läkarna tog beslut över patienternas huvud, men det är helt klart det yrke som har störst status kvar av de gamla "auktoritetsyrkena" (lärare, polis och militär till exempel).

Inom gruppen finns ett gemensamt medicinskt språk som kan leda till att läkaren känner en speciell samhörighet med andra läkare som också förstår vad han/hon menar när de talar med medicinska uttryck. Utifrån vår empiri har vi tolkat det som att läkaren historiskt har en annan betydelse i samhället än den strikt medicinska. Att de har fått tagit på sig en form av prästroll, en tröstande roll mot patienterna och därigenom även en större förtroenderoll. Detta kan knytas an till Foucaults teorier i kapitel 6, samt ovan under 8.5 där läkarens nya form av auktoritet behandlas.

Medlemmarna i läkarkåren kommer alltid att behövas och vara en viktig social grupp i samhället, vilket är en viktig faktor för den sociala gruppens framtida status i samhället. Detta kan ställas i kontrast till patienter, som (även om det finns organiserade

patientgrupper) inte har samma förutsättningar att vara en stark social grupp. Detta leder givetvis till att det blir ett ojämlikt förhållande mellan läkare och patient, sett utifrån den sociala gruppens betydelse.

8.6.6 Sammanfattning av den sociala gruppen

Vi har analyserat och exemplifierat utifrån Wengers teori för att på så sätt sammanfläta de olika teorierna. Vi menar att på grund av att läkaryrket har en så stark ställning i samhället som vi har visat på i detta avsnitt, så har detta gjort att den sociala gruppen har svårt att förändra sig. Den historiska bild som läkaren (och samhället) har av läkaren, har enligt oss gjort att det är den grupp i samhället som har mest status kvar av de gamla auktoritetsyrkena. Den expertkunskap som läkarna har gör att de får en auktoritet mot patienten. Vi menar att New Public Management och Service Management inte har fått samma genomslagskraft i sjukvården som på andra arenor, eftersom de utgår ifrån att det finns ett jämlikt förhållande mellan "säljare" och "köpare". Det är inte uteslutet att patienten kan ses som en kund i vissa lägen, men vi menar att detta företrädesvis sker vid enklare medicinska behandlingar. Detta stöds i vår empiri i kapitel 3 till och med 7, men enligt de läkare vi intervjuat så kontrasteras detta samtidigt av att många patienter föredrar att det är läkaren som bestämmer när det handlar om svåra beslut.

8.7 Slutsats

Vi har ovan gjort ett försök till att dekonstruera den idealbild som New Public Management och Service Management målar upp angående hur relationen mellan läkare och patient bör vara. Denna idealbild har sedan kritiserats både från ett historiskt perspektiv ("Har varit" i vår modell ovan under 8.1) med hjälp av insamlad empiri tolkad genom Baudrillards och Foucaults teorier. Vi har även kritiserat den utifrån ett samtida perspektiv ("Är" i vår modell ovan under 8.1) med stöd av Etienne Wengers teori. Vi menar att den idealbild som beskrivits egentligen inte har möjlighet att få fotfäste utan att ha såväl historisk som samtida förankring. Stora delar av de många faktorer som finns runt och i patientbemötandet har glömts bort i strävan efter marknadsanpassning och problemet ses inte i sin helhet. Det fokuseras mest på själva tjänsteproduktionen, men bakomliggande faktorer berörs inte. Vi menar att detta är en

stor svaghet med New Public Management och Service Management och något som i längden skapar en underlig situation, vari det utåt sett finns en marknadsanpassad sjukvård, men inåt sett råder fortfarande samma maktförhållanden som tidigare (om än i ny skepnad). Om det finns en vilja till en marknadsanpassning av patientmötet så menar vi att det är just dessa bakomliggande maktfaktorer som måste stå i centrum för ett reformarbete inom svensk sjukvård.

9 Reflekterande slutord

Vi vill här presentera tankar kring denna uppsats och dess utformning:

Det kan tyckas anmärkningsvärt att denna uppsats inte har någon diskussion kring könsmaktsförhållanden inom läkarkåren och i mötet med patienten, men denna analys faller utanför uppsatsens ramar. Detta skall för den sakens skull inte ses som ignorerat, utan är istället en av de aspekter som en fortsatt analys kring problemområdet mycket väl hade kunnat bygga på.

Vi vill här åter poängtera att vi endast har studerat läkarens perspektiv, men det är inte endast läkaren som står för tjänsten som patienten tar del av, utan tjänsten skapas av ett helt team som även består av sjuksköterskor och undersköterskor. Förslag på fortsatta studier skulle därför kunna vara att studera sjuksköterskornas interaktion med patienter och även undersköterskornas medverkan i tjänsten. En intressant studie skulle vara en undersökning om huruvida det finns stora skillnader mellan bemötandet med patienten mellan läkare och sjuksköterskor. En del av dessa aspekter har tagits upp i denna uppsats, men ämnet är mycket stort och brett, så det finns många olika vinklar och problem som detta kan undersökas ifrån. Exempelvis kunde vi ha valt att göra en mer grundlig undersökning av perspektivet från ytterligare en grupp som är mycket viktig i sammanhanget, nämligen patienterna. Särskilt teorin om Service Management kunde ha förstärkts med hjälp av detta perspektiv, eftersom det där handlar om just mötet läkare och patient emellan. Ett urval av patienter hade dock kunnat få metodologisk kritik, eftersom en ”vanlig” patient inte skulle vara lika insatt i problematiken som en läkare är som möter patienter varje dag. En annan anmärkning vi vill framföra här är det faktum att vi har intervjuat sex av åtta personer från ett och samma sjukhus. Det kan vara så att detta sjukhus har samma rutiner och tankar kring patientmötet på alla avdelningar. Är detta fallet kan det finnas sjukhus som arbetar på andra sätt och då skulle utfallet möjligen ha blivit annorlunda.

För att observera det som vår undersökning går ut på, att studera mötet mellan läkare och patient, hade det kanske bidragit extra med en observation av ett patientbesök där läkare och patient möts. Svårigheterna med detta är att det är besvärligt att få tillträde till en observation av ett patientmöte på grund av patientens integritet och praktiskt svårt att få till stånd på grund av den tystnadsplikt som råder. Det finns en etisk problematik här, vilken givetvis inte kan bortses från.

Genomgående för denna uppsats har varit problematiken kring att tolka någon annans uppfattningar och därigenom försöka sätta sig i dennes position. Det är givetvis en svår uppgift att förmedla tankar, åsikter och upplevelser, bara för att få dem tolkade genom teori. Det är till och från ett etiskt ställningstagande att tolka viss empiri och en strävan efter att tolka in mening i något som kanske inte har någon annan mening än den ordagranna. Att göra det utifrån empiri vars sändare presenteras anonymt underlättar den etiska problematiken, men tillintetgör den inte på något vis. Vi är väl medvetna om att de tolkningar vi har gjort är våra egna och att de är färgade av vår förkunskap, av våra åsikter och av våra uppfattningar. Detta kan givetvis kritiseras, men denna tolkning är en önskvärd produkt. Tvärtom, har vi genom hela denna uppsats försökt peka på det subjektiva och att tro att vi själva skulle besitta någon form av högre objektivitet är ett naivt antagande.

Referenser

Publicerade källor

Almqvist, Roland M (2004) *Icons of New Public Management. Four studies on competition, contracts and control*. Stockholm: School of business, Stockholm University.

Alvesson, Mats (2004) *Kunskapsarbete och kunskapsföretag*. Kristianstad: Liber Ekonomi.

Andersson, Gunnar & Persson Anders (1999) *Närhet/distans, forskare/informant, forskning/undervisning – några avslutande reflektioner*. ur Sjöberg, Katarina (red) (1999) *Mer än kalla fakta – Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Baudrillard, Jean (1983) *In the Shadow of Silent Majorities or, The End of the Social and Other Essays*. New York: Semiotext(e).

Baudrillard, Jean (1988) *The Ecstasy of communication*. New York: Semiotext(e).

Dewey, John (1997) *Experience and Education*. Oxford: Macmillan

Edgren, Lars (1991) *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*. Lund: Lund University Press.

Eklund, Klas (2002) *Vår ekonomi, en introduktion till samhällsekonomi*. Värnamo: Bokförlaget Prisma.

Foucault, Michel (1972) *Archaeology of Knowledge*. Routledge.

Foucault, Michel (1973) *Naissance de la Clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Foucault, Michel (1993) *Diskursens ordning*. Stockholm: Symposium.

Foucault, Michel (1985) *Discourse and truth: The problematization of Parrhesia*. Evanston, Illinois: Northwestern University.

Foucault, Michel (1977) *Discipline and punish: The Birth of the prison*. New York: Vintage.

Habermas, Jürgen (1994) *Samhällsvetenskapernas logik*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos

Jacobsen, Dag Ingvar (2002) *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra vetenskapliga ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Mabeck, Carl Erik (1995) *Läkaren och patienten: patientcentrerad medicin i teori och praktik*. Falköping: Bonnier.

Morgan, Gareth (1980) *Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organizational Theory*. Administrative Science Quarterly, Volume 25, Number 4, December 1980.

Nordgren, Lars (2003) *Från patient till kund*. Lund: KFS AB.

Normann, Rickard (2000) *Service Management – ledning och strategi i tjänsteproduktionen*. Kristianstad: Liber Ekonomi

Rhodin-Alm (1990) ur Edgren, Lars (1991) *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*. Lund: Lund University Press.

Sahlin-Andersson, Kerstin (2000) *National, International and Transnational Constructions of New Public Management*. Stockholm: Stockholms universitet.

Salinsky, John & Sackin, Paul (2004) *Hur känns det, doktorn?* Lund: Studentlitteratur.

Saltman, Richard B (1992) *Patient choice and patient empowerment: A conceptual Analysis*. Stockholm: SNS.

SOU, *Demokrati och makt i Sverige*, 1990:44, s 239 ur Edgren, Lars (1991) *Service management inom svensk hälso- och sjukvård*, .Lund: Lund University Press.

Weber, Max (1949) *The methodology of Social Sciences*. New York: The Free Press.

Wenger, Etienne (2004) *Kapitel 12- Communities of practice and social learning systems* ur Starkey, Ken et al (2004) *How organizations learn*, London: Thomson Learning

Muntliga källor

Läkare 1 - Intervjun ägde rum den 20/4 2005

Läkare 2 - Intervjun ägde rum den 25/4 2005

Läkare 3 - Intervjun ägde rum den 20/4 2005

Läkare 4 - Intervjun ägde rum den 26/4 2005

Läkare 5 - Intervjun ägde rum den 9/5 2005

Läkare 6 - Intervjun ägde rum den 29/4 2005

Läkare 8 - Intervjun ägde rum den 9/5 2005

Elektroniska källor

Eliasson, Gösta (2005) *Dags för läkarkåren att ta sitt ansvar för sin professionella utveckling*, Läkartidningen nr 7.

Feldt, Kjell-Olof (2003) *Patientens rätt att få veta, förstå och själv fatta beslut*, Läkartidningen nr 39.

Ohlin Elisabet (2003) *Läkarnas arbete är för administrativt*, Läkartidningen nr 41.

Edström Elder Elisabeth (2003) *Medmänsklighet på undantag när effektiviseringarna tar över i sjukvården*, Läkartidningen nr 17.

Groth Carl-Gustav (2004) *Har läkarna tid för sina patienter?* Läkartidningen nr 43.

Läkare 7 – Intervjun skedde via e-post den 9/5 2005

<http://www.esv.se/amnesomraden/verksamhetsstyrning.4.1faf3f4fcea3ced188000161.html> 2005-05-01

<http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2190> 2005-05-22

http://www.whiplashinfo.se/etik/etiska_regler_for_lakarkaren.htm 2005-05-22

<http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2188> 2005-05-22

<http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2189#3> 2005-05-22

Bilaga 1 - Intervjuguide till läkare

Bakgrundsfrågor

Berätta lite om dig själv.

Läkare-/patientrelationen

Hur uppfattar du ett patientbesök? Hur går det till?

Hur ser du på ditt förhållande till patienter?

Finns det krav på uppförande vid patientmötet?

Talar läkare och patient samma språk? Liknar sig sätten i att kommunicera?

Patientbemötandet

Hur ser du på mötet mellan en läkare och en patient, finns det något problem?

Ser du det som att det är patienten och läkaren som vid mötet dem emellan skapar själva servicen/tjänsten/behandlingen?

Tycker du att patienten har mer information och ett större inflytande på hur behandlingen skall genomföras?

Läkarens auktoritet och status

Hur uppfattar du läkarens auktoritet, om det finns någon?

Vilken status tycker du att läkaryrket har?

Är läkaryrket mer speciellt än andra yrken?

Vilken bild har du av läkaryrket?

Finns det en stark sammanhållning inom läkaryrket?

Övriga frågor

Diskussionsfrågor som kan uppkomma under intervjun!