

# Ett professionellt landskap i förvandling

---

Ett professionellt landskap i förvandling. Kapitlet *Det medicinska professionella fältet*. Av Elin K. Funck.

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.339.c752>

E-boken är publicerad av Samhällsvetenskapliga fakulteten vid Lunds universitet 2025  
Boken är ursprungligen publicerad av Studentlitteratur.

ISBN: 978-91-44-12227-4  
eISBN: 978-91-8104-670-0

Upphovsrätt: Författaren/författarna

Denna text är licensierad under CC BY-NC 4.0, Erkännande.  
(Se fullständiga villkor: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.sv>). Enligt  
licensen får verket spridas och bearbetas utan att tillstånd behövs, men ej användas i  
kommersiella syften. Verkets upphovsperson måste anges.

# DET MEDICINSKA PROFESSIONELLA FÄLTET

ELIN K. FUNCK

Detta kapitel behandlar den förändring som det medicinska fältets professioner genomgått från 1980-talet och fram till idag. I kapitlet beskrivs hur finansiell kris och åtstramningar under 1970- och 1980-talen ledde till föreställningen att professionellt yrkesutövande tydligare borde kopplas till organisation som logik och styrform. Denna koppling har både förtydligats och stärkts över åren genom kvalitetsrörelsens intåg, ett omdefinierat ledningsansvar för medicinska vårdenheter, ökad grad av mätning och standardisering samt individualiseringen av patienten. Förändringarna har inte skett revolutionerande utan snarare i små steg. I kapitlet dras slutsatsen denna utveckling resulterat i förändringar i positioner, makt och kapital mellan yrkesgrupper på fältet, men också i en förändrad relation mellan profession och organisation där organisationsprofessionalism utvecklats som logik för aktörer på det medicinska professionella fältet.

Det övergripande målet med svensk hälso- och sjukvård är att åstadkomma en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att ombesörja detta har aktörer på det medicinska fältet till uppgift att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.<sup>1</sup> På det medicinska fältet fanns det år 2015 21 legitimationsyrken. Av dessa har tre yrken, läkare, sjuksköterskor och tandläkare, reglerad specialistutbildning. I flera legitimerade yrken inom det medicinskt professionella fältet dominerar kvinnor. För barnmorskor, biomedicinska analytiker, sjuksköterskor och tandhygienister utgjorde andelen kvinnor år 2015 över 90 procent. Motsvarande siffra för läkare var 42 procent. Det yrke där andelen kvinnor var som lägst var kiropraktor med 36 procent.<sup>2</sup>

1 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 3 kap. 1 § samt 2 kap. 1 §.

2 Socialstyrelsen 2016.

**TABELL 7.1** Antal per 100 000 invånare av legitimationsyrken på det medicinska fältet år 2015.

| Legitimationsyrke       | Antal per 100 000 invånare | Legitimationsyrke    | Antal per 100 000 invånare |
|-------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| Sjuksköterska           | 1 430                      | Psykiater            | 38                         |
| Läkare                  | 473                        | Optiker              | 29                         |
| Fysioterapeut           | 205                        | Logoped              | 22                         |
| Arbets terapeut         | 123                        | Röntgensjuksköterska | 22                         |
| Tandläkare              | 114                        | Dietist              | 18                         |
| Biomedicinsk analytiker | 106                        | Audionom             | 13                         |
| Psykolog                | 93                         | Naprapat             | 13                         |
| Barnmorska              | 86                         | Kiropraktor          | 9                          |
| Receptarie              | 57                         | Sjukhusfysiker       | 6                          |
| Tandhygienist           | 55                         | Ortopedingenjör      | 5                          |
| Apotekare               | 50                         |                      |                            |

Trots att sjuksköterskor i antal räknat är fler än antalet läkare så är ändå läkarprofessionen den statusmässigt dominerande professionen inom det medicinska fältet. Inom den andra generationens professioner, semi-professioner, på fältet återfinns bland annat sjuksköterskor och tandläkare, medan den tredje generationen av yrken som strävar efter professionell status, preprofessioner, utgörs bland annat av biomedicinska analytiker.<sup>3</sup> Då läkarprofessionen ur de allra flesta aspekter representerar själva sinnebildningen av en profession kommer detta kapitel främst att behandla den. Men för att man ska förstå hur det medicinska fältet utvecklats i form av kamp om symboliska och materiella tillgångar, strävan efter och erkännanden av positioner och makt, behöver läkarprofessionen även ställas i relation till andra professioner på det medicinska fältet.

Tillblivelsen av det medicinska professionella fältet och etableringen av den klassiska läkarprofessionen har av Carina Carlhed Ydhag beskrivits utifrån tre faser.<sup>4</sup> I beskrivningen av den första fasen (1600–1850) skildrar Carlhed Ydhag den preprofessionella eran där fältet medicin etablerades. Till följd av nationalstatens framväxt och behovet av övervakning av folkhopens hälsa under 1600- och 1700-talen delegerades ansvaret till läkarprofessionen

<sup>3</sup> Brante et al. 2015, s. 12–31.

<sup>4</sup> Carlhed 2013, Carlhed Ydhag 2019.

att skapa regler för, övervaka och föreslå åtgärder för att minska effekterna av fattigdom och epidemier. Möjligheten att vara medproducent vid skapandet av en framväxande jurisdiktion innebar att grunden under denna första fas lades för den *hegemoni* och den *skyddade position* som läkarna haft för att utföra sin huvuduppgift – att bota och lindra sjukdomar.

I beskrivningen av den andra fasen (1860–1920) framställer Carlhed Ydhag hur läkarprofessionen genom två kvalitativa eller kognitiva take-off utvecklade en *robust kunskapskärna*, ett ”heartland of work”.<sup>5</sup> Genom upptäckten av vaccin gick det biomedicinska paradigmet segrande ur striden om hur man på effektivaste sätt diagnostiserar, analyserar och behandlar sjukdom/hälsa. Det biomedicinska genombrottet bidrog vidare till framväxten av laboratorier som diagnostiska verktyg för praktiserande läkare. Utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv var upptäckten ett enormt genombrott som innebar att teori och praktik, *know-why* och *know-how*, integrerades i en gemensam *Denkstil* om hur uppgifter ska lösas och vetenskap tillämpas.<sup>6</sup> Förevisningen av en solid kunskapskärna som läkarprofessionen gjorde anspråk på, erövrade och kom att försvara, innebar erkännande och makt på det medicinska fältet. Därmed stärktes förutsättningarna för en professionalisering under den andra fasen såväl kvalitativt som kvantitativt.

I beskrivningen av den tredje fasen (1930–1960) redogör Carlhed Ydhag för hur läkarprofessionens gyllene era stabiliserades. Den nya välfärdspolitik som trädde i kraft efter andra världskriget innebar en introduktion av en ny social trygghet med förmånlig och mer tillgänglig vård. Detta tillsammans med en expansion av såväl antalet sjukhus som antalet vårdplatser, att Svenska läkarförbundet hade kontroll över både specialiseringsordningen och utfärdandet av läkares specialistbevis samt att läkare besatt såväl chefspositioner som det medicinska ansvaret på sjukhusens kliniker, menar Carlhed Ydhag, innebär att läkarna i slutet av denna fas kom så nära den professionella idealtypen som man kan komma i en svensk medicinsk kontext.

Alltsedan 1960-talet och den gyllene eran har en del förändringar skett. I slutet av 1960-talet tappade Svenska läkarförbundet kontrollen över karriärvägarna efter grundutbildningen när staten via Medicinalstyrelsen

<sup>5</sup> Abbott 1988, s. 71.

<sup>6</sup> Brante 2011, 2014.

fick rätten att styra läkares specialisttjänstgöring.<sup>7</sup> Vidare innebar ”sjukronorsreformen”<sup>8</sup> på 1970-talet att läkarnas patientarvoden försvann och att arbetstidsreglering, övertidsersättning och jourkompensation infördes. Den strukturella omvandlingen kan tolkas som att läkaryrket förvandlades från profession till tjänsteman.<sup>9</sup>

Läkarprofessionens autonomi har alltså vid ett flertal tillfällen utmanats. Trots detta har professionen klarat av att behålla kontrollen över den kliniska praxisen och kunskapsutvecklingen, men inom ramen för stora formella organisationer.<sup>10</sup> I Rhenmans klassiska studie *Central-lasarettet*<sup>11</sup> blir bilden av svenska sjukhus som en professionell byråkrati<sup>12</sup> tydlig då han beskriver hur professionella tog initiativet i för dem centrala frågor och överlät det som de fann ointressant till ledningen. Han redogör vidare för att den ekonomiska rapporteringen var svagt kopplad till verksamhetens styrning, att effektivitet var en ”icke-fråga” som ingen intresserade sig för och att den dagliga verksamheten formades genom normering av seniora professionella och av den enskilda yrkesutövaren. Bilden av sjukvården organiserad som en professionell byråkrati och läkarprofessionen som en klassisk profession med hög grad av autonomi gällande kunskapsutveckling och i det enskilda yrkesutövandet har dock utmanats av de nyliberala strömmar som gjort sig gällande under 1980-talet men kanske framför allt 1990-talet och framåt. En av de kanske väsentligaste förändringarna som nyliberalismen inneburit är att förtroendet för de traditionella professionerna försvagats jämfört med förtroendet för marknaden och näringslivets affärsmetoder.<sup>13</sup> När en värdegrund ersätts med en annan får det givetvis konsekvenser. Som Eva Bejerot och Hans Hasselblad uttrycker det framstod sjukvården plötsligt som en anomali.<sup>14</sup> När abnormitet åskådliggörs är det naturligt att avvikelserna blir till utgångspunkt i

7 Bjurulf & Swahn 1980, s. 84, 96.

8 Innebörden i ”sjukronorsreformen” var att sjukvården skulle göras tillgänglig för alla, oavsett inkomst. Namnet ”sjukronorsreformen” kommer av att patienten i öppenvården med reformen betalade ett fast pris, vid starten sju kronor. Alla läkare fick också fast lön som inte påverkades av hur många patienter läkaren tog.

9 Funck 2012.

10 Bejerot & Hasselblad 2003.

11 Rhenman 1969.

12 Mintzberg 1983, s. 189–213.

13 Power & Laughlin 1992, s. 113–133; Hood 1995; Almqvist 2006, s. 23–28.

Det försvagade förtroendet gällde främst bland politiker och ledning.

14 Bejerot & Hasselblad 2003.

arbetet med att förändra och omreglera. Detta är precis vad som har skett inom det medicinska fältet. I följande kapitel avser jag att beskriva hur de nyliberala strömningarna gjort sig gällande på det medicinska fältet. Vidare avser kapitlet att belysa vilken påverkan förändringarna har haft på det medicinska fältets professioner utifrån en social och en kognitiv dimension. Men låt oss börja i den situation där det medicinska fältet och läkarprofessionen befann sig vid tidpunkten då de nyliberala vindarna började blåsa.

## Finansiella åtstramningar, nyliberala vindar och förändrad opinion

Under perioden 1960–1980 gjordes stora investeringar i den svenska sjukvården. Karaktäriserande för den svenska sjukvården var en snabb tillväxt i form av utbyggnad men också snabb expansion genom att landsting successivt tog över ansvaret för vård som tidigare tillhandahållits i privat eller statlig regi. Under 1970- och 1980-talen etablerades primärvården med sina vårdcentraler och hälso- och sjukvården växte till att bli en av de allra största branscherna i Sverige. År 1993 sysselsatte sjukvården cirka 380 000 personer, vilket motsvarar ungefär 10 procent av alla förvärvsarbetande. Den svenska sjukvårdsmodellen, där parallella, geografiskt avgränsade, politiskt styrda organisationer har ansvar för såväl totalekonomi som huvuddelen av den öppna och slutna vården, blev därmed verklighet.<sup>15</sup>

Under samma årtionden utformades även ett ideal om hur verksamheten skulle styras. Vård på lika villkor och ett omhändertagande av befolkningen genom förebyggande insatser och vård i öppna former på ”lägsta effektiva nivå” satte sin prägel på både styrning av och aktiviteter inom den svenska hälso- och sjukvården. Detta fick dock konsekvenser. Den stora omfördelningen mellan olika delar av sjukvården innebar bland annat att den slutna vården reducerades, främst genom neddragningar av antalet vårdplatser. Den öppna vården och läkemedelskonsumtionen steg däremot kraftigt. Principen om enhetlighet mellan och inom landsting innebar att sjukhus till stor del betalades efter sina kostnader. Även om det ägnades utrymme åt den framtida utvecklingen i de enskilda landstingens

<sup>15</sup> Anell 1994, s. 10–12; Anell 1996, s. 129–134.

planer så räknades tidigare budgetar ändå som givna utgångspunkter inför diskussioner om kommande budgetår. Med andra ord kunde politiker, tjänstemän och ansvariga läkare i det årliga spelet om resurserna helt koncentrera sina ansträngningar på att fördela årets volymtillväxt mellan nya verksamheter.<sup>16</sup> Den löskoppling mellan tjänstemän och medicinska professioners arbetsuppgifter som Rehnman beskriver och det handlingsutrymme och den autonomi som läkarprofessionen vid tiden besatt, möjliggjordes följaktligen av det gynnsamma finansiella läge som präglade perioden.<sup>17</sup>

Så kom 1980-talet och svag tillväxt i den svenska ekonomin innebar att landstingen hamnat i en alltmer ansträngd ekonomisk situation. Det fanns inte längre utrymme för att växa genom ökade resurser. Hälso- och sjukvården tvingades in i en hårdhänt ekonomisk realitet. Som en konsekvens hamnade frågor kring ekonomi och organisation i fokus. Det blev tydligt att det traditionella sättet att fördela resurser hade sina brister. Tillväxt genom volymökning var inte längre aktuellt. Samtidigt kritiserades sjukvården alltmer utifrån växande värdköer och bristande empati och engagemang hos personalen. Hälso- och sjukvården beskyldes för att vara alltför stelbent och ineffektiv. Detta gav näring åt landstingens arbete med att reformera, struktureromvandla och förändra. Med konkurrens och intäkter – till skillnad från monopol och anslag – skulle produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården öka på nytt.<sup>18</sup>

1991 kom en borgerlig regering till makten. Den betonade vikten av privata alternativ inom sjukvården och ökad valfrihet genom införandet av interna marknader. Köp-sälj-modeller blev allt vanligare, liksom resenemang om interna marknader.<sup>19</sup> Parallellt infördes också resultatenheter enligt politiska beslut. Tanken om att beställare skulle skiljas från producentfunktioner fick även konsekvenser för synen på medborgare och patienter. På Landstingsförbundets kongress 1991 framfördes att sjukvårdspolitiker i första hand borde företräda medborgare och patienter. Producentansvaret skulle däremot delegeras till professionella företrädare. Det nya sättet att se på vårdverksamhet och medborgare öppnade upp för möjligheten att konkurrensutsätta verksamheter. Resultatet gjorde sig bland annat gällande

16 Anell 1990, s. 183–211; Anell 1996, s. 129–158; Arvidsson & Jönsson 1997, s. 14–18.

17 Rehnman 1969.

18 Anell 1994, s. 10–12; Anell 1996, s. 129–134.

19 Jämför Blomqvist 1996.

i form av avknoppningar av vårdcentraler och tandvårdskliniker och bologisering av landstingsägda verksamheter.<sup>20</sup>

Sammantaget blev en politisk förändring av hälso- och sjukvården tydlig under 1980- och 1990-talen. När förutsättningarna för att växa genom tillförsel av nya resurser ströps hamnade nedskärningar av hälso- och sjukvården i fokus. Detta tillsammans med ett växande allmänt missnöje avseende stelbenta organisationer, växande köer och ett ifrågasättande av produktiviteten skapade förutsättningar för förändringar och reformer.

Det finns flera förklaringar till varför de nyliberala strömningarna uppstod och växte sig så starka i dagens samhälle.<sup>21</sup> Christopher Hood framhåller att New Public Management (NPM) ska ses som en reformidé som försöker förändra de sätt på vilka aktörer inom den offentliga sektorn styr, kontrollerar och redovisar sin verksamhet.<sup>22</sup> Med andra ord kan NPM ses som ett uttryck för en kritik mot den offentliga sektorns traditionella sätt att styra sociala och ekonomiska relationer genom förtroende snarare än genom kontrakt eller andra typer av regleringar. Utifrån denna förklaring kan syftet med NPM förstås som att det ska ersätta något ”gammalt” eller icke önskvärt. Med NPM har förtroende som slagord fått en mer undanskymd plats och istället har det börjat talas om den offentliga sektorns ansvarighet (*accountability*). Trenden har således gått från styrning baserat på förtroende för den offentliga tjänstemannen och de traditionella professionerna till en strävan om att synliggöra och uppnå en högre mätbarhet av ett större antal organisatoriska aspekter som tidigare varit aggregerade eller odefinierade och kollegialt styrda.<sup>23</sup>

Utifrån ovanstående diskussion blir det tydligt att läkarprofessionens gyllene era som Carlhed Ydhag beskrivit fick ett slut i och med det nya finansiella läge som uppstod under 1980-talet. I en situation där expansion ersattes med åtstramning blev det även legitimt att söka efter nya former för organisation och styrning. Det blev därmed ohållbart att hålla fast vid den professionella byråkratin som organisationsform och att tillåta en oinskränkt professionell autonomi utan koppling till styrningen av verksamheten i stort. Sakta men säkert växte ett misstroende fram, framför allt bland

<sup>20</sup> Nordgren 2000, s. 140–150.

<sup>21</sup> Almqvist 2006, s. 21–24.

<sup>22</sup> Hood 1995.

<sup>23</sup> Almqvist 2006, s. 23–28; Power & Laughlin 1992, s. 113–133.

politiker.<sup>24</sup> Detta misstroende riktade sig inte direkt mot det professionella kompetensfältet – att bota och lindra sjukdomar. Inte heller riktade det sig mot de professionella bedömningarna. Snarare riktades misstroendet mot sjukvårdsinstitutionerna och det sätt på vilket de bedrevs. Med andra ord går det att uttrycka det som början på slutet av den period då professionalism betraktades som en idealform jämte marknad och byråkrati, som Eliot Freidson uttrycker det.<sup>25</sup> Istället skulle professionalismen komma att pressas in i byråkratins och organisationens ramverk.

Carr-Saunders och Wilson beskriver beroendeförhållandet mellan stat och profession samt det mellan profession och allmänhet som ett konstituerande system.<sup>26</sup> Ylva Hasselberg benämner samma beroendeförhållande det professionella kontraktet.<sup>27</sup> Å ena sidan är samhället beroende av den kunskap som de professionella har och det arbete som dess medlemmar utför. Å andra sidan måste professionerna uppfylla de krav och förväntningar som ställs på dem från det omgivande samhället. När krav och förväntningar inte uppfylls skadas den professionella legitimiteten, och förtroendet för professionen minskar. Det var precis det som skedde under 1980- och 1990-talen i den svenska sjukvården. Finansiell kris ledde till åtstramningar och ett nytt sätt att definiera effektiv vårdkvalitet. När de medicinska professionerna inte kunde leva upp till de nya kraven om managerialism, skadades det professionella kontraktet och en instabilitet i den konstituerande ordningen skapades. Detta blev startskottet för en tid av förändring inom det medicinska fältet. I mångt och mycket handlade denna nya förändring inledningsvis om kvalitet och olika sätt att kvalitetssäkra hälso- och sjukvården.

24 I de årliga SOM-undersökningarna av svenska folkets vanor och åsikter framkommer att förtroendet för läkare och sjukvårdsinstitutioner över tid har varit och är mycket högt. Förtroendet sjönk i slutet av 1970-talet och mellan 1994 och 1997 för att därefter sakta öka igen (Holmberg & Weibull 2011, s. 45–63). Under 1980-talet var dock politiker från såväl höger som den socialdemokratiska regeringen drivande i att forma opinionen genom att ifrågasätta den offentliga sektorns legitimitet och förespråka valfrihet, entreprenad och marknad. Som en följd gick luften ur det folkliga stödet för sjukvårdsinstitutionerna (Antman 1994, s. 19–47). Det synes följaktligen som att det är förtroendet för hur sjukvårdsinstitutioner drivs snarare än för professionerna och deras yrkesutövande som har minskat inom det medicinska fältet.

25 Freidson 2001.

26 Carr-Saunders & Wilson 1933.

27 Hasselberg 2012, s. 18–20.

## En växande kvalitetsrörelse sätter ramar för jurisdiktionen

Kvalitetssäkring som idé har existerat inom det medicinska fältet sedan mitten av 1980-talet då den först dök upp på Spri (Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut).<sup>28</sup> År 1982 gav WHO ut en internationell översikt i ämnet kvalitetssäkring av sjukvården, och 1985 formulerade samma organisation målet att samtliga medlemsstater år 1990 skulle ha utvecklat effektiva mekanismer för kvalitetssäkring inom respektive hälso- och sjukvårdssystem.<sup>29</sup> Det var däremot inte förrän in på 1990-talet som idén kom på modet och allt fler organisationer inom hälso- och sjukvården började använda sig av olika tekniker för att kvalitetssäkra sin verksamhet. En artikel i *Läkartidningen* 1988 om hälsoekonomi och kvalitetssäkring kom att bli avgörande för den vidare diskussionen i tidskriften om kvalitetssäkring inom svensk sjukvård. Genom att beskriva hur den kontinuerliga och snabba tillväxten av den svenska offentliga sjukvården de senaste 30 åren tycktes avslutad, förklarar författaren att det nu var av betydelse att fokusera på hälsoekonomi och kvalitetssäkring.

En aktivitet med internationell förebild som nu introduceras i svensk vård är *kvalitetssäkring*. [...] Kvalitetssäkring har, liksom hälsoekonomin och teknologivärderingen, sin utgångspunkt i nödvändigheten att använda de samlade sjukvårdsresurserna på ett optimalt sätt, att göra verksamheten effektiv och målinriktad och bidra till ett gott resultat.<sup>30</sup>

Artikeln i *Läkartidningen* följdes av flera som diskuterade kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården. År 1991 publicerade tidskriften en artikelserie om medicinsk revision, vilken redogjorde för hur sjukvården var på väg in i vad de kallade en tredje revolution. Denna revolution innebar, hävdade författarna, att läkarnas vardag alltmer skulle komma att präglas av krav på ”assessment and accountability”. Med andra ord måste framtida läkare beskriva, mäta och ständigt förbättra för att kunna visa att sjukvårdens resurser användes på ett optimalt sätt.<sup>31</sup> Detta tydliga fokus på effektivitet,

<sup>28</sup> Erlingsdóttir 1999, s. 55–111.

<sup>29</sup> *Läkartidningen* 1991a; SKL 2010, s. 29–30.

<sup>30</sup> Läkare och professor i hälsopolitik och ledarskap i *Läkartidningen* 1988, s. 2066.

<sup>31</sup> *Läkartidningen* 1991b.

resursoptimering och resultatstyrning passar mycket väl in med de tankegångar som karaktäriserar managerialism och den idealform för arbete som Freidson kallar byråkratins logik.<sup>32</sup>

Bland de idéer som fördes fram i *Läkartidningen* om kvalitetssäkring, medicinsk revision och början på en tredje revolution för sjukvården går en kognitiv förändring bland läkarna att urskiljas. Vi kan här tala om ett kognitivt skifte i den bemärkelsen att nya normer och villkor kom upp på kartan. Normer som handlade om effektivitet, mätbarhet och att optimera resurser och som kan hänföras till organisation eller byråkrati som idealform snarare än professionalism. Med kvalitetssäkringens intåg kan vi således tala om att läkarprofessionens kunskapskärna, deras ”heartland of work”, omringas av ett regelverk som professionen tidigare ignorerat. Detta nya regelverk påverkade inte direkt det professionella yrkesutövandet att diagnostisera, analysera och behandla sjukdom/hälsa. Däremot skapades en indirekt påverkan på yrkesutövandet genom att de nya normerna och villkoren satte ramar för vad som var möjligt att utföra. Julia Evetts talar om att en ny organisationsprofessionalism har ersatt den äldre yrkesprofessionen.<sup>33</sup> Med detta menas att professionella verksamma i större organisationer omgärdas av organisationens mål och prestationer snarare än professionell kontroll, något som kan skymtas i den utveckling som skedde inom hälso- och sjukvården vid tiden.

De nya normerna och villkoren influerade läkarkåren, men även andra professioner inom det medicinska fältet och deras sätt att resonera. Detta blev tydligt i uttalanden i *Läkartidningen*. Accepterandet av kvalitetssäkring som idé och de nya värderingarna om att mäta och följa upp resultat, stannade dock inte vid ett sätt att resonera. Det återspeglades dessutom i det professionella agerandet. Bland annat kom läkare att delta i aktiviteter som syftade till att visa behovet av att kontinuerligt mäta och följa upp kvalitet och produktion i sjukvården. Kvalitetssäkring kom även upp på agendan vid ett flertal tillfällen under 1980-talet på Svenska läkarförbundets riksstämman.<sup>34</sup> År 1987 gav Spri ut en första samlad rapport om kvalitetssäkring av svensk hälso- och sjukvård. I rapporten poängterades att det förekom stora skillnader i vårdens resultat mellan olika vårdenheter, men också att jämförande resultatuppföljning var en möjlig väg för att utveckla vården.

<sup>32</sup> Freidson 2001, s. 36–60.

<sup>33</sup> Evetts 2011.

<sup>34</sup> SKL 2010, s. 29.

År 1993 publicerade Socialstyrelsen den första föreskriften om kvalitets-säkring: *Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård*.<sup>35</sup> I föreskriften argumenterade man för att kvalitetssäkringsarbetet skulle ingå i arbetsuppgifterna för all hälso- och sjukvårdspersonal och att arbetet främjades av jämförelseunderlag från andra verksamheter. År 1997 blev bestämmelserna om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling inskrivna i hälso- och sjukvårdslagen (31 § HSL). Kvalitetssäkring övergick därmed från att vara en idé och en föreskrift till att bli ett obligatorium för alla vårdande professioner.

Genom Socialstyrelsens föreskrift och den nya hälso- och sjukvårdslagen gavs således rätten att inspektera vårdande verksamhet utifrån ett kvalitetssäkringsperspektiv. Hur hälso- och sjukvårdsorganisationer skulle uppfylla de krav som lagen ställde gavs det däremot inga enhetliga direktiv för. Av denna anledning har fasen, från mitten av 1980-talet och framåt, av Bejerot och Hasselblad kallats den formerande fasen.<sup>36</sup> En fas som präglats av sökandet efter lämpliga metoder för någon form av kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Spri, statens rationaliseringsinstitut, hade här en viktig roll genom att de introducerade idéer som de hämtade bland annat från USA och England.<sup>37</sup> I ett läge av instabilitet och obalans i den konstitutionella ordningen där förtroendet för sjukvårdsinstitutionerna hade blivit lidande, drev aktörer från Spri, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet men även Läkarförbundet på utvecklingen av kvalitetssäkring.<sup>38</sup> Trots ett initialt motstånd inom läkarkåren övertygades allt fler bland de medicinska professionella av de nya cirkulerande idéerna.

Kvalitetssäkring har blivit något av ett modeord. Inom det privata näringslivet använder man sig av begreppet kvalitet i sin marknadsföring, budskapet är att kvalitet är lönsamt både för konsument och för producent. Kvalitetstanken har nu spritt sig till stat, kommun och landsting – man talar om service, kvalitet, kundorientering. Detta är en bra utveckling, men den offentliga sektorn har mycket kvar att göra (Utredare på Spri).<sup>39</sup>

35 SOSFS 1993:9.

36 Bejerot & Hasselblad 2003.

37 Erlingsdóttir 1999, s. 55–111; Garpenby 1999; Palmberg 1997.

38 Jämför Carr-Saunders & Wilson 1933; Bejerot & Hasselblad 2003.

39 *Läkartidningen* 1991c, s. 1458.

Den förändring som kan skådas i och med kvalitetssäkringens framväxt var inte i första hand en inifrån, professionellt driven förändring. Inte heller kan vi tala om det som ett utfall av en kamp om jurisdiktioner mellan exempelvis den etablerade läkarprofessionen och de semiprofessioner som återfinns på det medicinska fältet i form av sjuksköterskor och medicinska bioanalytiker. Kvalitetssäkring som idé drabbade snarare samtliga professioner inom det medicinska fältet i den bemärkelsen att den inledningsvis satte ramar för det professionella handlandet. Så hur ska då förändringen tolkas? Och varför accepterade de medicinska professionerna de nya begränsningarna? Jag tolkar det som ett förfarande för att återupprätta den konstitutionella balansen och de medicinska professionernas legitimitet och förtroende i samhället.<sup>40</sup> Efter en tid av finansiella åtstramningar och ifrågasättande, framför allt från politiker, av läkarprofessionens effektivitet i sitt utförande hade en instabilitet infunnit sig. De krav och förväntningar som fanns på läkarprofessionen från stat och allmänhet uppfylldes inte fullt ut.<sup>41</sup> Av denna anledning skapades utrymme från samhällets sida för att skärpa gränserna för professionerna inom det medicinska fältet genom att tydligare betona normer från organisation som idealform för arbetsfördelning, vikten av att mäta och följa upp kvalitet och resultat samt utföra det professionella handlandet inom givna finansiella ramar. Att inte inrätta sig under detta skulle med tiden antagligen innebära att grunderna för de medicinska professionernas legitimitet försvagades.<sup>42</sup> Av denna anledning kan det synas som en motiverad strategi att justera ramarna runt den egna kognitiva kunskapsbasen och låta tankar och idéer om effektivitet och mätning till viss del ersätta professionell kontroll för att upprätthålla legitimiteten gentemot staten och samhället. Samtidigt innebar denna justering att medicinskt arbete och verksamhetens resultat, som tidigare varit åtskilda, nu tydligare sammanlänkades i det Evetts benämnt en ny organisationsprofessionalism. Genom att delta i debatten om hur kvalitet kan mätas och utvärderas agerade framför allt läkarprofessionen som medproducent i skapandet av de nya ramarna för jurisdiktionen.

<sup>40</sup> Jämför Carr-Saunders & Wilson 1933.

<sup>41</sup> Jämför Brante et al. 2015, s. 193–226.

<sup>42</sup> Exempelvis Parsons 1939.

## Ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården omdefinieras

Traditionellt har läkare haft ett stort inflytande över hälso- och sjukvården. I början av 1990-talet hade läkarkåren fortfarande stort inflytande, men rollerna, förutsättningarna och omvärlden höll på att förändras. I en tid då den svenska sjukvården framställdes som en anomali, när en instabilitet i den konstituerande ordningen mellan profession och samhälle skapats och när de medicinska professionerna själva deltog i formandet av nya ramar för jurisdiktionen, kom även ledningsansvaret i hälso- och sjukvården upp som en het fråga. Fram till 1991 låg det medicinska ledningsansvaret på läkaren – klinikchefen. Detta reglerades även i hälso- och sjukvårdslagen. Däremot saknades direktiv för vem som skulle inneha det administrativa ansvaret. Utifrån den bild som avspeglas i studien *Centrallasarettet* är det inte förvånande att det administrativa ansvaret inte reglerades i lagen.<sup>43</sup> Ledarskapet hade fram till 1990-talet handlat om det medicinska ledarskapet, medan den ekonomiska rapporteringen och styrningen hade uppfattats som en icke-fråga. 1991 ändrades det genom den s.k. chefsöverläkarreformen. Genom reformen tydliggjordes att det medicinska och det administrativa ledningsansvaret skulle samlas hos en och samma person – chefsöverläkaren. Därmed blev det även tydligt att medicinsk och administrativ kunskap plötsligt gavs lika prioritet.

Reformen 1991 utvärderades två år senare med slutsatsen att den inte medfört de förbättringar av ledningsfunktionen som varit avsikten. Som en konsekvens ändrades benämningen chefsöverläkare till verksamhetschef i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 14 §) från den 1 januari 1997. Genom förändringen var chefskapet för vårdenheter inte längre förbehållet läkare. Istället gavs vårdgivaren själv möjlighet att besluta om vilken kompetens chefen skulle ha. Med ens kunde personer som inte hade en medicinsk utbildning bli aktuella för positionen som chef på en hälso- och sjukvårdsenhet.

Förslaget mötte givetvis motstånd inom läkarkåren. I *Läkartidningen* uttrycktes bland annat att regeringens förslag innebar ett förstärkt politiskt inflytande och en förstärkt politisk styrning inom vården.

<sup>43</sup> Rhenman 1969.

Chefsöverläkaren har en stark professionell ställning, som kan säga emot politikerna och påtala medicinska konsekvenser. Chefsöverläkaren har egen medicinsk kompetens för sådana bedömningar. När man nu lägger fast att chefen inte måste vara en specialistkompetent läkare får man en svagare position för chefen i förhållande till politikerna.<sup>44</sup>

Ur ett professionsteoretiskt perspektiv är lagändringen intressant av flera skäl. För det första innebar ändringen av benämningen på ledningsansvaret, från chefsöverläkare till verksamhetschef, ett tydligt ställningstagande för att den domän och den kunskap som de medicinska professionerna företrädde, att bota, inte var vad som utkrävdes av en ledare i hälso- och sjukvården. Istället lyftes andra kompetenser fram. Kompetenser av administrativ och ekonomisk art som snarare kan klassas som vardagskunskap än vetenskaplig kunskap.<sup>45</sup> För det andra innebar lagändringen att läkarkåren inte längre kunde förutsätta att de skulle ledas av läkare. När esoterisk kunskap och esoteriskt språkbruk, uttryckt som en materiell tillgång i Pierre Bourdieus termer, inte längre är nödvändigt för en viss position öppnas positionen upp för andra som tidigare utestängts. Förändringen av kapital, i form av att statusen på den medicinska kunskapen utmanades, innebar att läkarprofessionen tappade en viktig position på det medicinska fältet.

Som ett inlägg i debatten gav *Läkarförbundet* ut två skrifter, *Läkares ledarskap* år 1996 och *Ledarskap i läkares utbildning* år 1999, i vilka vikten av att läkare skaffade sig kunskaper i ekonomi och administration som kvalificerade dem för både ledar- och chefskap lyftes. Inläggen kan tolkas som en uppmaning att utöka professionens kunskapskapital i syfte att återta jurisdiktionen och statusen på det medicinska fältet. 1993 uppfattade nio av tio läkare att det saknades utrymme i grundutbildningen för att utveckla ledarkompetens. Detta kan jämföras med grundutbildningen för sjuksköterskor, som ända sedan 1970-talet innehållit integrerade moment av ledarskapsträning och organisationskunskap.<sup>46</sup>

Konsekvenserna av lagförändringen och det bristande utrymmet i läkarutbildningen för ledarskapsträning har inte låtit vänta på sig. I två kartläggningar, 2004 och 2005, av hur chefskapet ser ut inom sjukvården framgick att allt färre läkare vill engagera sig som chefer och att endast 43 procent av

44 Läkarförbundets ordförande i *Läkartidningen* 1996, s. 645.

45 Jämför Brante et al. 2015, s. 124–146.

46 *Läkartidningen* 2006.

primärvårdens verksamhetschefer var läkare.<sup>47</sup> En förnyad kartläggning 2014 visade att två av tre verksamhetschefer i primärvården i botten var sjuksköterskor, medan knappt var femte primärvårdschef var läkare.<sup>48</sup> En annan undersökning visar att andelen läkare som har verksamhetsansvar på högre nivå har minskat från 19 procent år 1992 till knappt 4 procent 2010 samtidigt som andelen som angav att de inte hade något verksamhetsansvar över huvud taget har stigit från 31 till 77 procent under samma period.<sup>49</sup> I en debattartikel i medlemstidningen *Sjukhusläkaren* beskrev dåvarande vice ordföranden i Läkarförbundet att läkarprofessionen förlorat ledarskapet i sjukvården främst genom att de inte varit tillräckligt intresserade av chefskap och medarbetarskap, men att man från landstingens och sjuksköterskornas fackförenings, Vårdförbundets, sida även medvetet arbetat för att bryta läkarnas maktposition inom vården.

När sjuksköterskornas fackförening, Vårdförbundet, började arbeta med omvårdnadsideologi, fanns det i den en ambition att överta ledarskapet kring patienten och chefskapet i sjukvården. Denna ambition förverkligas inför våra ögon bland annat genom att sköterskor, på höga stolar inom landstingen, sprider budskapet att utbildningen till läkare är så lång och dyr att det är slöseri att låta läkare vara chefer. Läkaryrket och den medicinska kunskapen framställs därmed som en negativ merit, diskvalificerad för chefskap inom sjukvården.<sup>50</sup>

Det som började som ett försök att återupprätta den konstituerande ordningen mellan samhället och läkarprofessionen genom att tillåta ett visst tänkande och ett visst språkbruk (effektivitet och kvalitet) lånat från organisation som idealformen för arbetsdelning, fick till konsekvens att medicinskt förehavande, som tidigare varit en svart box för aktörer utanför läkarprofessionen, fogades samman med verksamhetens utfall. När denna länkning mellan organisation och profession i form av en ny organisations-professionalism<sup>51</sup> etablerades var det inte förvånande att även den kunskap som verksamhetsansvariga bar på ifrågasattes. Under den period då medicinsk verksamhet var fränkopplad organisationens utfall var det givet att

47 *Dagens Medicin* 2004; *Dagens Samhälle* 2005.

48 *Dagens Medicin* 2014.

49 Bejerot et al. 2011.

50 Vice ordförande i Läkarförbundet i *Sjukhusläkaren* 2005.

51 Evetts 2011.

chefskapet byggde på medicinsk expertis och esoteriska kunskaper. När ansvaret för och ledarskapet av sjukvårdsverksamheter däremot kopplades samman med verksamhetsfrågor värderades plötsligt kompetenser förknippade med organisationen (ledarskap, ekonomi och administration) högre än professionell expertis. På detta område hade läkarprofessionen utbildningsmässigt inte hängt med, även om kunskap om administration och ledning plötsligt började betonas från Läkarförbundets sida. Då ledningsansvaret omdefinierades utmanades läkarprofessionens position på det medicinska fältet av andra yrkesgrupper. En kamp uppstod om de högre positionerna. Utmaningen kom främst från sjuksköterskor, som till skillnad från läkarprofessionen inte byggt upp sin utbildning i form av kursblock som integreras kring en specifik kompetens, utan snarare utifrån komplementära kunskapselement där omvårdnad utgör en bredare helhetssyn på människan.<sup>52</sup>

Frågan om ledarskap i sjukvården har varit och är fortfarande en fråga i vilken de båda fackföreningarna Läkarförbundet och Vårdförbundet har olika syn. För sjuksköterskor har tillträdet till verksamhetspositioner i hälso- och sjukvården inneburit fördubblad lön, större inflytande och högre status. För läkarna har samma uppdrag ofta inneburit lägre lön, mindre ledighet och en utsatt ställning i förhållande till kollegor.<sup>53</sup> Trots att det sedan 2008 finns definierade mål kring ledarskap och kommunikation för läkare under specialisttjänstgöring har det visat sig att läkare i Sverige, Norge och Finland till skillnad från andra västeuropeiska länder minskar sitt inflytande i ledande positioner.<sup>54</sup> Innebörden av att ledningsansvaret i hälso- och sjukvården omdefinierades har således blivit en social förändring på det medicinska fältet där läkare förlorat kampen om ledningspositioner.

## Mätbarhet och standardisering ger utrymme för ökad extern styrning

När ledningsansvaret i hälso- och sjukvården omdefinierades blev positionen tillgänglig för andra yrkesgrupper än läkare. Samtidigt kan vi ponera att den nya benämningen för ledningsuppdraget även inneburit nya eller

<sup>52</sup> Jämför Brante et al. 2015, s. 57–91.

<sup>53</sup> *Sjukhusläkaren* 2005.

<sup>54</sup> SOSFS 2008:17; Ham 2008.

utökade arbetsuppgifter för verksamhetschefen. Flera undersökningar bland läkare vittnar om negativa aspekter av chefskap inom vården i form av tung administration, stort ekonomiskt ansvar utan tillräckliga stödfunktioner samt brist på incitament.<sup>55</sup> När administrativa arbetsuppgifter i form av krav på att mäta, följa upp och rapportera om verksamheten ökar för verksamhetscheferna får det till konsekvens att det även går att ifrågasätta vad som gjorts.

Men mätningar, redovisningar och utvärderingar av vårdens kvalitet är långt ifrån något som bara intensifierats på verksamhetschefsnivå inom hälso- och sjukvården. I samband med att den nya organisationsprofessionalismen etablerats har mätningar och rapporteringar blivit en del av såväl sjuksköterskors som läkarnas vardag.<sup>56</sup> Mätning och uppföljning av medicinska resultat och effekter har förekommit länge inom de medicinska professionerna. På detta sätt har den specialiserade kunskapen inom det biomedicinska paradigmet kunnat utvecklas över tid. Det nya handlade om för vem resultaten redovisades. Utvärderingarnas målgrupp var inte längre enbart den medicinska professionen, utan även beslutsfattare på administrativ nivå.

Intresset för att synliggöra medicinsk kvalitet, som inleddes under 1990-talets mitt och accelererade ytterligare under 2000-talet, har benämnts ”strävan efter transparens”.<sup>57</sup> Transparens handlar om en ökad reglering i form av tvingande lagar och regler, men även mjuka regler utan sanktioner i form av standarder riktlinjer och prioriteringslistor. Det tar sig uttryck både i form av efterfrågan och produktion av redovisningar, rapporter och journalföringar och i form av granskningar, rankingslistor, revisioner och utvärderingar. Strävan efter transparens är en trend som inte bara har drabbat det medicinska fältet, utan de flesta professionella fält. För de medicinska professionerna har det dock inneburit att områden som tidigare varit predestinerade för professionerna har kommit att inkräktas av externa intressenter. Jag ska här ta upp två exempel: nationella kvalitetsregister och evidensbaserad medicin.

55 Sveriges Läkarförbund 2009; Thulin 2008; *Svenska Dagbladet* 2011.

56 Till exempel Hasselblad et al. 2008; Svenér 2010; Brante et al. 2015, s. 172–192.

57 Levay & Waks 2006.

## Manualisering av professionell kunskap – exemplet nationella kvalitetsregister

De första svenska nationella kvalitetsregistren utvecklades i mitten av 1970-talet inom ortopedi. Vid tidpunkten var proteser för höft och knä nytt och populärt och en hel del olika implantat fanns tillgängliga på marknaden. Med en stor bredd av implantat samt en vidd av operationstekniker slog specialist-läkare inom Svensk Ortopedisk Förening fast att ett register behövde utvecklas i vilket data om resultat av olika operationstekniker, implantat och postopera-tiva komplikationer kunde samlas och därefter återföras till läkarkåren.<sup>58</sup> De första kvalitetsregistren syftade således till att skapa professionell kunskap i form av kartläggningar av utbredning och mönster i sjukdomar hos befolk-ningen. Kartläggningarna kan således ses som ett sätt att integrera medicinsk *know-why* med medicinsk *know-how* i syfte att utveckla professionell kunskap.

Antalet nya kvalitetsregister som initierades steg i samband med att behoven av register inom nya discipliner, vårdkedjor och diagnoser uppstod. 1989 fanns åtta kvalitetsregister i Sverige. När staten och landstingen började ge finansiellt stöd för att initiera och driva nationella kvalitetsregister år 1990 ökade antalet register snabbt. 2003 uppgick antalet nationella kvalitets-register med finansiellt stöd till 42 stycken. 2010 var antalet 71 stycken.<sup>59</sup> Antalet register har alltså ökat kraftigt under de senaste decennierna. En anledning till detta är utvecklingen under kvalitetsrörelsen som beskri-vits ovan, där organisationer som WHO, Spri, Socialstyrelsen men även Läkarförbundet varit drivande i att utveckla metoder och tekniker för att beskriva, mäta och ständigt förbättra sjukvårdens resultat. När bestäm-melserna om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling blev inskrivet i hälso- och sjukvårdslagen 1997 (31 § HSL) saknades enhetliga direktiv för hur sjukvårdsorganisationerna skulle uppfylla de krav som lagen ställde. Det kan vara en anledning till att en redan etablerad metod, medicinska informationsregister<sup>60</sup> ursprungligen uppförda för epidemiologiska studier, plötsligt fick ett nytt användningsområde: systematiskt kvalitetsarbete.<sup>61</sup>

<sup>58</sup> *Läkartidningen* 1980, 1999; SKL 2007.

<sup>59</sup> SKL 2010, s. 25–39.

<sup>60</sup> De epidemiologiska register som initierades under 1970-talet benämndes initialt medicinska informationsregister. Det är först under 1990-talet som registren byter namn till nationella kvalitetsregister.

<sup>61</sup> Jämför *Läkartidningen* 1991d, 1992a.

När debatten om att använda epidemiologiska register för kvalitets-säkring startade på 1990-talet var medicinskt professionella huvudaktören. Detta framkom bland annat i en utvärdering som genomfördes 1993 där 79 procent av de kliniker som besvarade enkäten ansåg att informationen från registren var värdefull för det professionella arbetet. Bland sjukvårdshuvudmännen (politiker och tjänstemän) var registren däremot fortfarande relativt okända.<sup>62</sup>

Under 1990-talet framhölls vid ett flertal tillfällen vikten av att behålla en lokal hängivenhet till mätning, uppföljning och självutvärdering bland medicinskt professionella och att undvika att registren skulle utgöra underlag för rankningslistor och repressalier om registren skulle kunna etableras och lyckas få en viktig roll inom hälso- och sjukvården.<sup>63</sup> Samtidigt var steget från kvalitetssäkring till kvalitetskontroll inte särskilt stort och fler och fler sjukvårdshuvudmän blev varse om registrens potential för att styra och följa upp sjukvårdsresultat. Utifrån resultaten från registren har det blivit möjligt för sjukvårdshuvudmän att bedöma kvaliteten i den verksamhet de ansvarar för samt bedöma om de offentliga medlen används på ett effektivt sätt. På samma sätt har det blivit möjligt att jämföra resultat mellan olika sjukvårdsorganisationer. De nationella kvalitetsregistren används också av Socialstyrelsen i dess arbete med att utforma riktlinjer för hur hälso- och sjukvården ska bedrivas.<sup>64</sup> Utvärderingarnas målgrupp är alltså inte längre enbart de medicinska professionerna i form av läkare och sjuksköterskor, utan även beslutsfattare på administrativ nivå.

Om normer och värderingar bland medicinskt professionella var det som ändrades i och med kvalitetsrörelsens inträde så innebar bestämmelserna om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvårdslagen 1997 en introduktion av fler verktyg för att mäta utfall och resultat i vården. I denna utveckling har de nationella kvalitetsregistren varit ett viktigt verktyg. Genom en vetenskap som bygger på statistiska metoder och som åsyftar att resultera i stora kartläggningar har läkarprofessionen själv bidragit till en större mätbarhet och standardisering av den medicinska kunskapen. Den medicinska kunskapen har därmed *manualiserats*. Abbott diskuterar expertisens olika former och hur kommodifiering av kunskap innebär att den enklaste formen

<sup>62</sup> *Läkartidningen* 1994.

<sup>63</sup> Exempelvis *Läkartidningen* 1991c, 1992b, 1992c, 1993.

<sup>64</sup> SKL 2010, s. 25–39.

av kunskap förvandlas till rutiner, handböcker och manualer som kan säljas vidare. Enligt Abbott ska kommodifiering inte ses som ett direkt hot mot en profession. Processen att kommodifiera kunskap ska istället ses som ett sätt att omskapa en profession. Genom kommodifiering uppstår nya behov och nya marknader.<sup>65</sup>

Utvecklingen av de nationella kvalitetsregistren kan delvis förstås utifrån Abbotts resonemang. Kartläggningen av medicinska procedurer och utfall i register har inneburit att en del av den medicinska kunskapen paketerats till manualer. Detta omskapande har bidragit till att kvaliteten på det medicinska arbetet höjts, men också till att ”manualerna” gjorts tillgängliga för externa intressenter. Visserligen inte i form av att manualer har omvandlats till en vara som köps och säljs på en marknad. Däremot används manualerna till externa utvärderingar av vårdresultat, vid utformandet av riktlinjer för standardiserat tillvägagångssätt och för att ifrågasätta professionella metoder. Abbott framhåller att kommodifiering initierades av, men också kontrollerades av, professionen själv. Huruvida kontrollen av registren fortfarande är i professionens händer kan ifrågasättas. När register idag finansieras och skapas på uppmaning av externa aktörer samtidigt som externa aktörer kontrollerar och tillrättavisar professionella med deras egna manualer går det att skymta en generell utveckling inom det medicinska fältet från inomprofessionell kvalitetssäkring till extern kvalitetskontroll. *Uppmaningen* i hälso- och sjukvårdslagen om att öka mätbarheten i form av kvalitetssäkring tillsammans med *möjliggörandet* i form av finansiering av register har gjort denna manualisering genomförbar. När esoterisk kunskap synliggörs och blir tolkningsbar för lekmän skapas utrymme för externa intressenter att ha synpunkter på hur vården genomförs för att därefter styra den i den riktning som behagas.

## Evidensbaserad medicin – ett utmanande kunskapsparadigm

Begreppet evidensbaserad medicinering användes för första gången 1992 i en artikel i tidskriften *Journal of the American Medical Association* (JAMA). Artikeln skrevs av en grupp kliniska epidemiologer verksamma vid McMaster University i Kanada som under en tid hade praktiserat

<sup>65</sup> Abbott 1991.

evidensbaserad medicinering i utbildningen. The EBM Working Group var av åsikten att evidensbaserad medicinering var en ny approach för klinisk praktik. Evidensbaserad medicin handlar om att stärka den vetenskapliga grunden för sjukvårdens åtgärder genom att betona att beslut om interventioner ska fattas utifrån bästa tillgängliga forskningsresultat.<sup>66</sup> Med andra ord var gruppens uppfattning att evidensbaserad medicinering var ett försök att transformera medicin från en konst till en vetenskap. Evidensbaserad medicinering som idé har över tid spritts inte bara inom medicin, utan också till ”allierade hälso- och sjukvårdsyrken” såsom sjuksköterskor, tandläkare och kiropraktiker, men också socionomer, psykologer och psykoterapeuter, vilket beskrivs i kapitel 5 och 6 i denna volym.<sup>67</sup> Bland annat talas det idag om evidensbaserad vård och omvårdnad inom sjuksköterskeprofessionen samt evidensbaserad tandvård bland tandläkare. Däremot verkar förhållningssättet ha svårare att få fäste bland biomedicinska analytiker, undersköterskor och tandsköterskor. I en rapport från 2009 framkom att biomedicinska analytiker skattade sin kunskap om evidensbaserad medicin lägre jämfört med bland annat sjuksköterskor och sjukgymnaster, att man ansåg förhållningssättet som mindre viktigt i jämförelse med andra yrkesgrupper samt att man i lägre grad deltagit i evidensbaserade aktiviteter.<sup>68</sup>

I den ursprungliga artikeln från 1992 beskrevs evidensbaserad medicinering som ett nytt sätt att lära ut hur medicin skulle praktiseras. Att det medicinska beslutsfattandet baserades på intuition, osystematisk klinisk erfarenhet eller kliniskt fysiologiska principer var inte tillräckligt, hävdade man. Medicinska beslut borde snarare fattas utifrån evidens från klinisk forskning.<sup>69</sup>

Ett nytt paradigm för medicinsk praktik växer fram. Evidensbaserad medicin tonar ner intuition, osystematisk klinisk erfarenhet och patofysiologisk motivering som tillräcklig grund för kliniskt beslutsfattande och betonar istället undersökning av evidens från klinisk forskning.<sup>70</sup>

66 Sackett et al. 1996.

67 Hult 2012; Guyatt & Rennie 2002.

68 SBU 2009.

69 Hult 2006, 2012.

70 Evidence-Based Medicine Working Group 1992, s. 2420, författarens översättning.

Av citatet ovan framgår att evidensbaserad medicin inte bara var ett nytt sätt att lära, utan också framställdes som ett nytt kunskapsparadigm. Detta nya sätt att se på kunskap, hävdade man, krävde nya förmågor hos de medicinskt professionella. Förmågor som innebar ett systematiskt tillvägagångssätt för att definiera en patients problem, identifiera den information som behövs, tillämpa vad som kallades ”the rules of evidence” på relevanta studier för att fastställa deras validitet och slutligen extrahera det kliniska budskapet och tillämpa det på patientens problem. Man hävdade vidare att

[...] läkare som håller sig uppdaterade, som en konsekvens av deras förmåga att kritiskt läsa ny forskning, och som kan skilja stark från svagare bevisning, kommer sannolikt att vara mer förnuftiga i den behandling de rekommenderar. Läkare som förstår kvaliteten hos diagnostiska tester och kan använda ett kvantitativt tillvägagångssätt för sådana tester kommer sannolikt att ställa en korrekt diagnos.<sup>71</sup>

Evidensbaserad medicin som metod har i likhet med de nationella kvalitetsregistren resulterat i register, riktlinjer och föreskrifter om bästa praktik. Precis som de nationella kvalitetsregistren kan evidensbaserad medicin ses som ett försök att manualisera den medicinska professionella kunskapen.<sup>72</sup> I likhet med vad Abbott diskuterar lät förespråkare för evidensbaserad medicin förstå att ”först när tillförlitliga evidens översätts till bra kliniska beslut kan vi fastställa att vi gör mer nytta än skada för våra patienter”.<sup>73</sup> Evidensbaserad medicin kan därför tolkas som ett försök att stärka de medicinska professionerna (läkare och sjuksköterskor) och deras juridiska ställning både gentemot andra inom det medicinska fältet och gentemot externa intressenter genom att minska avståndet mellan forskning och praktik. Genom att hävda att det professionella arbetet – att fastställa en diagnos, tolka problemet och utifrån detta vidta åtgärder – utgår från evidens betonas den vetenskapliga kunskapskopplingen. Samtidigt nedtonas den personliga erfarenheten och den tysta kunskapen, två kunskapsbaser som vanligtvis framhålls av personal inom hälsosektorn.<sup>74</sup>

Men evidensbaserad medicin kan också ses som en direkt kritik mot

<sup>71</sup> Evidence-Based Medicine Working Group 1992, s. 2424, författarens översättning.

<sup>72</sup> Abbott 1991.

<sup>73</sup> Oxman et al. 1993, s. 2095.

<sup>74</sup> Abbott 1988, s. 35–58; Brante et al. 2015, s. 124–146.

den egna läkarkåren och deras sätt att praktisera medicin och bygga professionell kunskap.<sup>75</sup> Genom att hävda att evidensbaserad medicin var ett nytt kunskapsparadigm diskvalificerade förespråkare för evidensbaserad medicin de traditionella professionella tillvägagångssätten för att få kunskap. Att ifrågasätta den traditionella kunskapsgenereringen, där klinisk erfarenhet är avgörande, kan tolkas som ett angrepp mot själva definitionen av professionalism inom läkarkåren. Om vi använder Dreyfus och Dreyfus lärmödel som en analog för tilltagande professionalism går det att hävda att medan en novis följer regler är expertens beteende intuitivt.<sup>76</sup> På samma sätt hävdar Dreyfus och Dreyfus att en expert som tillfrågas om vilka regler han/hon använder genom själva frågan tvingas att falla tillbaka till nivån för en nybörjare. När kliniskt beslutsfattande reduceras till sökandet efter evidens, kan detta tolkas som ett steg från det intuitiva beteendet och den kliniska erfarenheten tillbaka till regelföljande. Det skapas därmed en typ av professionell fyrkantighet. Inställningen att evidensbaserad medicin skulle ersätta den traditionella medicinen tonas ned efter hand.<sup>77</sup> I en artikel från 1996 framhölls att evidensbaserad medicin visserligen skulle ses som ett nytt kunskapsparadigm, men evidens skulle integreras med den kliniska erfarenheten, snarare än ersätta den. Den tidigare ståndpunkten att kliniskt beslutsfattande uteslutande skulle bygga på vetenskap var därmed övergiven.

Såväl de nationella kvalitetsregistren som evidensbaserad medicin har påverkat samtliga yrkesgrupper inom det medicinska fältet. Genom de två verktygen har professionell kunskap standardiserats i riktlinjer och föreskrifter som gjorts tillgängliga för extern granskning och styrning av medicinsk praxis. Abbott diskuterar hur slutledningssteget i det professionella arbetet är det som avgör hur tillgänglig/sårbar en jurisdiktion är för utomstående.<sup>78</sup> Om arbetet blir för rutiniserat riskerar jurisdiktionen att inkräktas av andra. Men en alltför hög grad av formell slutledning kan på samma sätt innebära att professionen får svårigheter att visa på sin ändamålsenlighet och därmed underbygga sin legitimitet.

<sup>75</sup> Jämför Hult 2006, 2012.

<sup>76</sup> Dreyfus & Dreyfus 1986; Agevall & Jonnergård 2007, s. 38–42.

<sup>77</sup> Hult 2012.

<sup>78</sup> Abbott 1988, s. 35–58.

Medan den kanske kan visa på effektivitet, har den profession som är rent esoteriskt problem att visa på berättigandet som utgör grunden för denna.<sup>79</sup>

När det gäller de medicinska professionerna och utvecklingen av de synliggörande teknikerna går det att fundera på vem som egentligen är vinnare och förlorare på utvecklingen. För läkarprofessionens del är det svårt att hävda att den esoteriska kunskapen ersatts fullt ut av register, riktlinjer och evidensbaserings. Även om det går att tala om en maktförskjutning från läkarprofessionen till dem som utformar granskningskriterierna så ska den ökade externa styrningen främst ses som en förändring av den sociala aspekten, dvs. som en begränsning i första hand av den professionella autonomin i form av nya riktlinjer och förutsättningar att förhålla sig till. För sjuksköterskor kan situationen däremot tolkas annorlunda. Omvårdnad som ämne kan uppfattas som att det främst bygger på vardagskunskap eller praktisk kunskap. Genom att införliva evidensbaserings som vetenskapligt förhållningssätt och utgå från register i sin vardagliga tillämpning av yrket har sjuksköterskor lyckats ”vetenskapliggöra” sin profession i form av påvisande om medvetet och kalkylerande handlande.<sup>80</sup> Samtidigt är de register och riktlinjer som producerats så allmänt hållna att slutledningssteget inte kan sägas ha rutiniserats fullt ut. För sjuksköterskorna har riktlinjerna och registren snarare fungerat legitimerande och som en stängningsmekanism mot andra konkurrerande yrkesgrupper, varför de kan ses som de stora vinnarna i utvecklingen.

## Patienten individualiseras

Parallellt med kvalitetsrörelsens utveckling och det ökade trycket på att synliggöra medicinska resultat och utfall har en tydlig trend sedan 1990-talet varit att betona vikten av patientperspektivet i hälso- och sjukvården.<sup>81</sup> I debatten har framför allt Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting varit drivande i att påtala patientens rätt att själv få välja vårdgivare och att patienten ska ges reella möjligheter att påverka vårdprocessen.<sup>82</sup> Det som blivit tydligt är

<sup>79</sup> Abbott 1988, s. 51–52, författarens översättning.

<sup>80</sup> Freidson 1994, s. 61–74.

<sup>81</sup> Agevall 2005, s. 20–25; Bejerot & Hasselblad 2003; Sahlin-Andersson 2002; Winblad Spångberg 2006, s. 159–178.

<sup>82</sup> Winblad Spångberg 2006, s. 159–178.

att patienten individualiserats. Patienten har övergått från att betraktas som ett objekt till att bli ett subjekt, en individ med rätt till insyn och delaktighet och möjlighet att påverka den egna vården.

I Sverige kan ett första steg i denna individualisering av patienten läsas in i den s.k. husläkarreformen som trädde i kraft 1994 (HSL 1993:588). Reformen innebar att invånare själva fick möjlighet att på förhand välja en viss allmänläkare – husläkare – som sin fasta primärvårdkontakt. För att bli husläkare krävdes specialistkompetens i allmänmedicin. Bristen på läkare med specialistkompetens innebar dock att samtliga läkarspecialiteter kunde få dispens av Socialstyrelsen om de inom sina områden hade direktkontakt med patienterna. Ur ett professionsteoretiskt perspektiv kan husläkarreformen tolkas som en stärkning av läkarprofessionens ställning både i samhället och mot andra professioner, främst sjuksköterskor. Redan våren 1994 gick riksdagen däremot ut med att lagen om husläkare borde upphävas. Som motiv till ställningstagandet angavs att husläkarsystemet slog sönder primärvården, att det minskade den enskildes valfrihet och att varje landsting skulle ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar, utan centrala påbud.<sup>83</sup> Husläkarlagen avskaffades 1996, men rätten att välja en fast läkarkontakt i primärvården behölls genom reglering i hälso- och sjukvårdslagen (1987:763).

Individualiseringstrenden fortgick emellertid. Att trenden var internationell blev bland annat tydligt i den utvärdering av olika länders sjukvårdssystem, *The world health report 2000*, som publicerades år 2000.<sup>84</sup> Två av huvudkategorierna för att jämföra och klassificera olika sjukvårdssystemens prestationer var *respekt för individen* samt *klientorientering*. Inte helt oväntat visade det sig att hälso- och sjukvårdssystem som baserades på fristående vårdgivare och ersättning för genomförda åtgärder (*fee for service*) var de sjukvårdssystem som föll bäst ut i jämförelse. Även om resultaten av WHO:s rapport kan ifrågasättas skickade rapporten signalen att det är viktigt att uppmärksamma kundperspektivet i de enskilda ländernas hälso- och sjukvårdssystem.

Ett tydligare kundperspektiv återfinns även i flera av de svenska utredningar som kom under 2000-talet.<sup>85</sup> I utredningarna går att läsa att

<sup>83</sup> SOU 2008:37, s. 29–40.

<sup>84</sup> WHO 2000.

<sup>85</sup> SOU 1997:154; SOU 2008:37; SOU 2008:127.

förskjutningar har skett i värderingar av patientens ställning och att man idag måste utgå från ”en mer kunnig och kvalitetsmedveten patient, som anser att hälso- och sjukvårdens tjänster ska innehålla samma tillgänglighet som andra konsumenttjänster”.<sup>86</sup> I denna förändring förväntades hälso- och sjukvårdens professioner agera tillsammans med patienten och också inta rollen som ”särskilt kunniga pedagoger”. Med andra ord betonades i de två rapporterna patientens betydligt starkare position både mot hälso- och sjukvårdssystemet och mot de medicinska professionerna. Framställningarna kan tolkas som en modifiering av de medicinska professionernas domäner. När hälso- och sjukvård likställs med vilka andra konsumenttjänster som helst i samhället och patienten konverteras till en kund med specifika rättigheter blir en förändring av läkarnas och sjuksköterskornas huvuduppgift tydlig. I det moderna samhället handlar det inte längre enbart om att bota och lindra sjukdomar eller utföra omvårdnad. Snarare tyder uttalandena på att huvuduppgifterna ska utföras men att de ska kryddas med ”extra allt”. När kundnöjdhet seglar upp som en aspekt jämte god vård får det givetvis konsekvenser.

För det första förutsätter fria val att patienten får information om vad olika alternativ innebär. Fria val fordrar således att vårdens resultat och utfall synliggörs även för patienter. I den svenska debatten ledde detta bland annat till att Socialstyrelsen inför år 2000 fick i uppdrag av regeringen att undersöka möjligheten att utveckla övergripande indikatorer för att mäta och jämföra den svenska hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat. Genom att åberopa allmänhetens demokratiska rättigheter till öppenhet förklarade man att övergripande kvalitetsindikatorer var en nödvändig förutsättning för patienters val av vårdgivare.

Det handlar ytterst om samhällets förtroende för sjukvårdssystemet. Som konsument är man van att fortlöpande ta ställning till varornas/tjänsternas innehåll och kvalitet. Som sjukvårdskonsument saknar man tyvärr som regel motsvarande information.<sup>87</sup>

Resultatet blev en rapport, *Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården*, innehållande ett sextiototal kvalitetsindikatorer. År 2006 presenterades den första årliga rapporten *Öppna jämförelser*. Syftet var att jämföra

<sup>86</sup> SOU 2008:127, s. 39.

<sup>87</sup> Chefläkare och ordförande i Medicinska kvalitetsrådet i *Läkartidningen* 2002, s. 800.

olika landstings kvalitet och effektivitet samt stimulera till förbättringar. Utöver dessa rapporter har debatten om huruvida resultaten i de nationella kvalitetsregistren, som diskuterats tidigare i detta kapitel, ska offentliggöras eller ej inletts. Vissa register har gjorts tillgängliga för patienter. Exempelvis går det idag att få fram uppgifter om hur hög dödligheten är på olika kliniker för specifika sjukdomar, hur många patienter som varit tvungna att opereras på nytt vid en viss klinik samt vilka typer av behandlingar som utförts. Andra register har inte velat offentliggöra sina resultat. Detta med argumentet att det är svårt att förmedla information till icke-experter. Eftersom kvalitetsregistren är uppbyggda för att användas av kliniker och inte av patienter finns det risk för att allmänheten inte kan tillgodogöra sig informationen. Resultaten kan därmed misstolkas och bli förvirrande snarare än användbara för den enskilda individen.<sup>88</sup> Likafullt har den ökade efterfrågan på information från patienter spått på trenden att manualisera professionell kunskap. På senare år har patienter fått möjlighet att läsa sin journal via nätet i all offentligt driven vård i Sverige. Argumentet har varit att ju bättre information patienten har, desto mer kan patienten aktivt delta i sin vård. Samtidigt visar studier att läkare blivit mer kortfattade och mindre öppna i sina journalanteckningar, vilket kan medföra att journaler blir mindre valida som arbetsverktyg och informationskälla.<sup>89</sup>

För det andra får ett tydligare kundperspektiv, betoningen av patientens rättigheter och en allmän kunskapshöjning kring sjukdomar och behandlingsalternativ, till konsekvens att patienter blivit mer krävande. När patienten konverteras till en kund blir kundnöjdhet ett allt viktigare mått att ta hänsyn till. Detta har bland annat tagit sig uttryck i mätningar av befolkningens attityder till och förväntningar på svensk sjukvård<sup>90</sup>. Kundperspektivet liksom betoningen på ökad delaktighet i sin egenvård har vidare inneburit att patienterna är mer villiga att ifrågasätta diagnoser och förslag till behandling. I sammanhanget har landstingens patientnämnder<sup>91</sup> blivit

88 Till exempel *Läkartidningen* 2003.

89 *Psykologtidningen* 2018.

90 Ett tydligt exempel är Vårdbarometern, en mätning som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomför årligen sedan 2001.

91 Lagen om patientnämnder trädde i kraft den 1 januari 1999 (SFS 1998:1656) och ersatte därmed den tidigare lagen om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården (1992:563). Den nya lagen innebar att patientnämndens uppgifter utvidgades till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, även när en kommun lagt ut verksamheten på entreprenad eller köpt enstaka platser.

en allt viktigare aktör för att stödja och hjälpa enskilda patienter som anser att de inte blivit bra bemötta eller fått rätt vård. Även patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft 2011 har stärkt patientens rättigheter. Lagen innebär att patienter och anhöriga som anser att anmärkningar till Patientnämnden inte är tillräckligt kan rikta sina klagomål direkt till Socialstyrelsen. Vidare har det med stöd i lagen blivit lättare att få en förnyad medicinsk bedömning, en s.k. second opinion.<sup>92</sup> Den tidigare regleringen lät påvisa att patienten endast hade rätt till en ”second opinion” i de fall där vetenskap och beprövad erfarenhet inte gav entydig vägledning. I samband med utredningen *Patientens rätt* upphävdes denna begränsning.<sup>93</sup> Abbott beskriver hur objektivitet i själva reduceringen av problem till diagnos och åtgärder (*claims-by-reduction*) rättfärdigar en jurisdiktion.<sup>94</sup> I det moderna samhället har såväl läkare som sjuksköterskor fortfarande monopol på den professionella huvuduppgiften, expertisen i form av att ställa en diagnos, dra slutsatser och föreslå åtgärder. Däremot har innebörden i att patienten individualiserats blivit att det slutliga steget, att föreslå åtgärder, ifrågasätts i högre grad än tidigare av patienten.

Slutligen har bestämmelsen om den fasta läkarkontakten i primärvården, Patientansvarig läkare (PAL), som behölls efter att husläkarlagen avskaffades, tagits bort ur lagen. 1999 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att se över PAL-verksamheten. I sin rapport föreslog Socialstyrelsen att PAL-bestämmelserna skulle upphävas.<sup>95</sup> Istället talade man om att verksamhetschefens ansvar för kontinuitet, patientsäkerhet och samordning borde förtydligas. I de nationella handlingsplaner för hälso- och sjukvården som följde blev en förskjutning i debatten tydlig, från betydelsen av fast läkarkontakt i primärvården till ökad kontakt med andra personalkategorier, företrädesvis sjuksköterskor.<sup>96</sup> Många patienter efterlyste ett samlat patientperspektiv. Några år senare föreslog man i utredningen *Vårdval i Sverige* att det ursprungliga kravet om att den fasta läkarkontakten skulle vara specialist i allmänmedicin skulle tas bort och i utredningen *Patientens rätt* förordnade man att verksamhetschefen enligt en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (29a §) skulle vara skyldig att se till att en fast

<sup>92</sup> SOU 2008:127, s. 13–26.

<sup>93</sup> SOU 2008:127, s. 13–26.

<sup>94</sup> Abbott 1988, s. 62.

<sup>95</sup> Socialstyrelsen 2000.

<sup>96</sup> Socialstyrelsen 2003, 2004, 2005.

vårdkontakt eller en likvärdig rutin fanns.<sup>97</sup> Utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv blir det uppenbart att den allmänna föreställningen om att vårdkontakten ska ha ett samlat patientperspektiv rimmar betydligt bättre med sjuksköterskornas och omvårdnadens bredare helhetsperspektiv än läkarprofessionen och allmänläkarens specialistkompetens. Om husläkarreformen spelade läkarprofessionen i händerna genom att stänga gränserna för deras jurisdiktion, så har avskaffandet av PAL snarare varit fördelaktigt för sjuksköterskeprofessionen. Genom att betona att en vårdkontakt ska ha ett helhetsperspektiv på vården snarare än en specialistkompetens har rollen vigts åt sjuksköterskorna. På samma sätt kan överföringen av ansvaret för den fasta vårdkontakten från allmänläkare till verksamhetschefer ses som en fördelaktig vändning för sjuksköterskornas legitimitet, då verksamhetschefpositionen efter lagändringen 1997 i hög grad är innehas av sjuksköterskor.

## Slutdiskussion

Evetts beskriver hur professionalism har förändrats som en konsekvens av att professionella i allt högre grad arbetar i stora organisationer.<sup>98</sup> Hon hävdar att det därmed är svårt att beskriva professionalism som en tredje logik för arbetsdelning i kontrast till logiken om marknad respektive organisation.<sup>99</sup> Istället myntar hon begreppet *organisationsprofessionalism* som en form där professionellt yrkesutövande praktiseras inom ramarna för organisationen och kontrolleras av managers snarare än professionella. Inom den nya organisationsprofessionalismen påverkas professionella av organisationens principer, strategier och metoder, vilket transformerar deras identiteter, strukturer och praktiker. Organisationens mål omdefinierar praktiker–klient-interaktioner samtidigt som organisationens mål och prestationsindikatorer ersätter den professionella egenkontrollen.

Utvecklingen inom det medicinska fältet är ett utmärkt exempel på den förändring som Evetts talar om, från professionalism som en tredje logik till organisationsprofessionalism. Utvecklingen kan beskrivas i tre steg. I ett första steg handlade det om att från politiskt håll forma opinionen så att sjukvårdsinstitutionerna och professionalism som en tredje logik framstod

<sup>97</sup> SOU 2008:37; SOU 2008:127.

<sup>98</sup> Evetts 2011.

<sup>99</sup> Jämför Freidson 2001.

som en abnormitet. När uppfattningen att professionellt utövande och verksamhet kunde och borde hållas frånskilda från varandra inte längre hade stöd i samhällsdebatten innebar detta att ett misstroende växte fram i samhället. Föreställningen att professionellt yrkesutövande borde praktiseras och kontrolleras inom ramarna för organisationen var därmed inrättad.

I ett andra steg handlade det om att stärka länken mellan professionellt yrkesutövande och verksamhet genom att sprida organisationens principer, normer och mål. Vi kan här tala om en kognitiv förändring bland medicinskt professionella i vilken kvalitetsrörelsens tankar och idéer om effektivitet och mätning blev startpunkten för den kognitiva förändringen.

När normer och principer från organisationen etablerats blev det i ett tredje steg möjligt att förtydliga organisationens strukturer och metoder framför professionens statusordning och därigenom starta en social förändring på fältet. Konsekvenserna av förändringen kan diskuteras i form av relationer mellan professionella yrkesgrupper på fältet, mellan profession och organisation och mellan profession och klient.

På fältnivå har inrättandet av en organisationsprofessionalism inneburit förändringar i positioner, makt och kapital mellan yrkesgrupper. När ansvaret för och ledarskapet av sjukvårdsverksamheter kopplades samman med verksamhetsfrågor snarare än medicinsk specialistkompetens ändrades statusordningen på fältet. De stora vinnarna har varit sjuksköterskorna, vars karriärvägar förtydligats genom organisationens hierarki. Med Bourdieus ord har sjuksköterskorna profiterat när helhetsperspektiv snarare än expertis efterfrågats. Sjuksköterskorna har således fått större inflytande och högre status och stärkt sin position gentemot läkarna. Även etableringen av organisationens metoder, manualiseringen i form av evidensbaserad vård, har gynnat sjuksköterskeprofessionen. Genom manualer har sjuksköterskor lyckats påvisa medvetet och kalkylerande handlande och en tydligare koppling mellan vetenskap och praktik. Det omvända kan hävdas om läkarprofessionen. Trots att nationella kvalitetsregister och evidensbaserad medicinering skapats för att utveckla den professionella kunskapen har konsekvensen snarare blivit att praktiserande läkare tvingats att falla tillbaka till regelföljare. Vi kan visserligen tala om en intra-professionell differentiering som växt fram i form av rapportkonstruktörer och formulärfyllare, där de förra ägnar sig åt renodlad professionalism såsom forskning och icke-rutiniserat arbete medan det senare arbetet blivit mer standardi-

serat.<sup>100</sup> Studier har framhållit att standardisering av praktik kan fungera icke-stimulerande för professionell kreativitet, innovation och inspiration.<sup>101</sup> Det förefaller som att läkarprofessionen är den yrkesgrupp som i relation till andra yrkesgrupper på det medicinska fältet förlorat mest på införandet av organisationens ramverk.

Sammanlänkningen mellan medicinsk verksamhet och organisationens resultat har vidare inneburit en förändrad relation mellan profession och organisation. I den nya konstellationen har det blivit legitimt att såväl efterfråga som producera rapporter, granskningar, revisioner och utvärderingar av medicinska utfall. Om medicinska utfall tidigare varit predestinerade för professionerna själva har externa intressenter, i form av myndigheter och sjukvårdshuvudmän, berättigats till insyn i medicinska resultat och utfall i och med de förändringar som skett. Utvecklingen visar på hur professionalism har underordnats organisationens metoder för styrning och uppföljning. En högre grad av intervention från organisationen har infunnit sig. Inte i form av hur det professionella arbetet ska utföras, däremot gällande formen för innehållet i det professionella arbetet.

Slutligen har inrättandet av organisationsprofessionalism förändrat relationen mellan profession och klient. När patienter blir kunder ökar kravet på att synliggöra medicinska resultat för att kunden ska kunna göra omsorgsfulla val. Kunder med krav på och insyn i behandlingsmetoder har även inneburit att den professionella rätten att definiera specifika problem ifrågasätts av allmänheten i högre grad än tidigare. För de medicinska professionernas del har den förändrade relationen medfört att mer tid ägnas åt att fylla i formulär och olika slags redovisningar. En studie av läkare och sjuksköterskors tidsanvändning genomförd av Komrev i början av 2000-talet visade att så mycket som 30–50 procent av läkarnas tid användes till administration. I en tid då sjukvård likställs med vilken konsumenttjänst som helst och där sjukvårdens professioner förutsätts inta rollen som kunniga pedagoger snarare än experter ökar även den administration som kan hänföras från en strävan från läkarna och annan personal att skydda sig mot eventuella anmälningar. Såväl läkare som sjuksköterskor dokumenterar gärna extra mycket med tanke på att undgå eventuella klander om felaktig behandling. Den förändrade relationen profession–klient har således fått till

<sup>100</sup> Jämför Abbott 1981.

<sup>101</sup> Evetts 2011.

konsekvens att patientdokumentationen förändrats så att den legitimerande delen, som inte är direkt nödvändig ur ett medicinskt eller rationellt perspektiv, har ökat.<sup>102</sup>

Evetts påpekar att en av de kanske viktigaste uppgifterna i samband med förändringen mot organisationsprofessionalism är att hitta en balans mellan förändring och kontinuitet, utmaningar och möjligheter för professionalism. I organisationsprofessionalism frodas standardisering, prestationsmätning, patientinflytande och helhetssyn. På det medicinska fältet har detta bidragit till nya karriärvägar, erkännande och makt för semiprofessioner såsom sjuksköterskor. Läkarprofessionen har däremot förflyttat sig bort från den renodlade formen av professionalism. En oroande utveckling på det medicinska fältet synes vara läkares arbetsmiljö. Studier har visat på hur administrativa arbetsuppgifter tar över alltmer på bekostnad av fortbildning, kunskapsinhämtning och forskning, men även patientarbete och omvårdnad.<sup>103</sup> En framtida utmaning på det medicinska fältet synes vara att hitta en balans och låta professionalism frodas inom organisationens ramar. Att värna och upprätthålla professionalism inom organisationens ramar borde ligga både i allmänhetens och i statens intresse.

## Referenser

- Abbott, Andrew (1981). "Status and status strain in the professions". *The American Journal of Sociology* 86 (4), s. 819–835.
- Abbott, Andrew (1988). *The systems of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abbott, Andrew (1991). "The future of professions: Occupation and expertise in the age of organization". *Sociology of Organizations* 8, s. 17–42.
- Agevall, Lena (2005). *Välfärdens organisering och demokrati – en analys av New Public Management*. Växjö: Växjö University Press.
- Agevall, Lena & Jonnergård, Karin (2007). "Management by documents – a risk of de-professionalizing?" I: Aili, Carola; Nilsson, Lars-Erik; Svensson, Lennart G. & Denicolo, Pamela (red.) *In tension between organization and profession*. Lund: Nordic Academic Press.
- Almqvist, Roland (2006). *New Public Management – om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.
- Anell, Anders (1990). *Från central planering till lokalt ansvar*. Lund: Lund University Press.

<sup>102</sup> Forssell & Ivarsson Westerberg 2014, s. 111–135.

<sup>103</sup> Svenér 2010; s. 95–142; Bejerot et al. 2011.

- Anell, Anders (1994). *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*. Stockholm: SNS Förlag.
- Anell, Anders (1996). "Makten över vården". I: Anell, Anders & Rosén, Per (red.) *Valfrihet och jämlikhet i vården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Antman, Peter (1994). "Vägen till systemskiftet – den offentliga sektorn i politiken 1970–1992". I: Gustafsson, Rolf (red.) *Köp och sälj, var god svälj?* Stockholm: Arbetsmiljöfonden.
- Arvidsson, Göran & Jönsson, Bengt (1997). *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Bejerot, Eva & Hasselblad, Hans (2003). "Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården". *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 9 (2), s. 107–127.
- Bejerot, Eva; Aronsson, Gunnar; Hasselblad, Hans & Bejerot, Susanne (2011). "Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande". *Läkartidningen* 50 (108), s. 2652–2656.
- Bjurulf, Bo & Swahn, Urban (1980). "Health policy proposals and what happened to them: Sampling the twentieth-century record". I: Heidenheimer, Arnold J. & Elvander, Nils (red.) *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm.
- Blomqvist, Christine (1996). *I marknadens namn – mångtydiga reformer i svenska kommuner*. Stockholm: Nerenius och Santérus Förlag.
- Brante, Thomas (2011). "Professions as science-based occupations". *Professions & Professionalism* 1 (1), s. 4–20.
- Brante, Thomas (2014). *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Stockholm: Liber.
- Brante, Thomas; Johansson, Eva; Olofsson, Gunnar & Svensson, Lennart G. (2015). *Professionerna i kunskapssamhället. En jämförande studie av svenska professioner*. Stockholm: Liber.
- Carlhed, Carina (2013). "The rise of the professional field of medicine in Sweden". *Professions & Professionalism* 3 (2), s. 1–12.
- Carlhed Ydhag, Carina (2019). "Det medicinska fältet". I: Brante, Thomas; Svensson, Kerstin & Svensson, Lennart G. (red.) *Det professionella landskapets framväxt*. Lund: Studentlitteratur.
- Carr-Saunders, Alexander Morris & Wilson, Paul Alexander (1933). *The professions*. Oxford: Clarendon Press.
- Dagens Medicin* (2004). "Allt färre läkare lockas att bli chefer", nr 45.
- Dagens Medicin* (2014). "Sjuksköterskor styr primärvården", 2014-02-06.
- Dagens Samhälle* (2005). "Sjuksköterskor styr 4 av 10 vårdcentraler", nr 30.
- Dreyfus, Hubert L. & Dreyfus, Stuart E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: The Free Press.
- Erlingsdóttir, Guðbjörg (1999). *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Lund: Ekonomihögskolan, Lunds universitet.
- Evetts, Julia (2011). "A new professionalism? Challenges and opportunities". *Current Sociology* 59 (4), s. 406–422.

- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). "Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine". *Journal of the American Medical Association* 268 (17), s. 2420–2425.
- Forssell, Anders & Ivarsson Westerberg, Anders (2014). *Administrationssamhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Freidson, Eliot (1994). *Professionalism reborn*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism. The third Logic*. Chicago: University of Chicago Press.
- Funck, Elin (2012). "Professional archetype change: The effects of restricted professional autonomy". *Professions & Professionalism* 2 (2), s. 1–18.
- Garpenby, Peter (1999). "Resource dependency, doctors and the state: Quality control in Sweden". *Social Science & Medicine* 49, s. 405–424.
- Guyatt, Gordon & Rennie, Drummond (2002). *Users' guides to the medical literature: Essentials of evidence-based clinical practice*. Chicago: AMA Press.
- Ham, Chris (2008). "Doctors in leadership: Learning from international experience". *The International Journal of Clinical Leadership* 16, s. 11–16.
- Hasselberg, Ylva (2012). *Vetenskap som arbete. Normer och arbetsorganisation i den kommodifierade vetenskapen*. Uppsala: Gidlunds Förlag.
- Hasselblad, Hans; Bejerot, Eva & Gustafsson, Rolf (2008). *Bortom New Public Management*. Lund: Academia Adacta.
- Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (2011). "Förtroendekurvorna pekar uppåt". I: Holmberg, Sören; Weibull, Lennart & Oscarsson, Henrik (red.) *Lycksalighetens ö*. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- Hood, Christopher (1995). "The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme". *Accounting, Organizations and Society* 20 (2/3), s. 93–109.
- Hult, Erica (2006). "Vetenskap i paketerad form. Framväxten av evidensbaserad medicin". I: Levay, Charlotta & Waks, Caroline (red.) *Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag.
- Hult, Erica (2012). *The proliferation of evidence-based medicine: Ideas, translations and advocates*. Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
- Lag om patientnämndsverksamhet m.m. (1998:1656).
- Lag om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m. (1992:563).
- Levay, Charlotta & Waks, Caroline (red.) (2006). *Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag.
- Läkartidningen (1980). "Reoperation av totala höftledsplastiker", 77, s. 33–34.
- Läkartidningen (1988). "Hälsoekonomi, teknologivärdering, kvalitetssäkring. Vilken är nyttan för sjukvården?", 85 (23), s. 2065–2066.
- Läkartidningen (1991a). "Kvalitetssäkring både nödvändig och önskvärd i framtidens sjukvård", 88 (37), s. 2980–2982.
- Läkartidningen (1991b). "Medicinsk revision för kvalitet – den tredje revolutionen i sjukvården", 88 (37), 2965–2966.

- Läkartidningen* (1991c). "Specialistföreningarna skall ta fram egna kvalitetsindikatorer", 88 (16), s. 1458–1464.
- Läkartidningen* (1991d). "Komplikationer viktiga resultatindikatorer för kvalitetsuppföljning inom kirurgi och anestesi", 88 (39), s. 3188–3193.
- Läkartidningen* (1992a). "En del av kvalitetssäkringsarbete görs idag på de svenska kirurgiska klinikerna", 89 (24), s. 2211–2212.
- Läkartidningen* (1992b). "Kvalitetssäkring – nästa steg måste gå från ord till handling", 89 (37), s. 2965–2967.
- Läkartidningen* (1992c). "En konsekvent och systematisk uppföljning saknas inom stora delar av dagens sjukvård", 89 (51–52), s. 4500–4502.
- Läkartidningen* (1993). "Svårt jämföra kvalitet mellan kliniker", 90 (30–31), s. 2584.
- Läkartidningen* (1994). "Nationella vårdregister har ej funnit sin form: granskning visar värdet för kvalitetskontroll", 91 (25), s. 2509–2511.
- Läkartidningen* (1996). "Verksamhetschef efterträder chefsöverläkaren", 93 (8), s. 644–645.
- Läkartidningen* (1999). "Mångårig registrering har ökat kvaliteten på höftplastiker", 96 (20), s. 2469–2476.
- Läkartidningen* (2002). "Övergripande kvalitetsindikatorer framtagna för hälso- och sjukvården", 99 (8), s. 797–803.
- Läkartidningen* (2003). "Kvalitetsregister bra verktyg för kliniker men av oklar nytta för beställare", 100 (9), s. 715–718.
- Läkartidningen* (2006). "Läkare är omistliga som chefer i vården!", 103 (3), s. 151–152.
- Mintzberg, Henry (1983). *Structures in five: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Nordgren, Margreth (2000). *Läkarprofessionens feminisering – ett köns- och maktperspektiv*. Stockholm: Department of Political Science. Stockholms universitet.
- Oxman, Andrew; Sackett, David & Guyatt, Gordon (1993). "Users' guides to the medical literature. I: "How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group". *Journal of the American Medical Association* 270 (17), s. 2093–2095.
- Palmberg, Margareta (1997). "Quality improvement in Swedish health care". *Journal of Quality Improvement* 23, s. 47–54.
- Parsons, Talcott (1939). "The professions and social structure". *Social Forces* 17 (4), s. 457–467.
- Power, Michael & Laughlin, Richard (1992). Critical theory and accounting. I: Alvesson, Mats & Willmott, Hugh (red.) *Critical management studies*. London: Sage Publications.
- Psykologtidningen* (2018). "Journaler riskerar att tappa i värde", 12 december 2018.
- Rhenman, Eric (1969). *Centrallasarettet: Systemanalys av ett svenskt sjukhus*. Lund: Studentlitteratur.
- Sackett, David; Rosenberg, William; Gray, Muir; Haynes Brian & Richardson Scott (1996). "Evidence-based medicine: What it is and what it isn't". *British Medical Journal* 312 (7023), s. 71–2.

- Sahlin-Andersson, Kerstin (2002). "National, international and transnational constructions of New Public Management". I: Christensen, Tom & Laegreid, Per (red.) *New Public Management. The transformation of ideas and practice*. Hampshire: Ashgate.
- SBU (2009). "Kartläggning av kunskap, förhållningssätt och tillämpning av evidensbaserad vård hos personal med medellång vårdutbildning inom Örebro läns landsting". Regional utvärdering, CAMTÖ, Örebro läns landsting.
- Sjukhusläkaren* (2005). "Gör det möjligt för läkare att bli chefer", 22 oktober 2005.
- SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) (2007). "Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården". Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) (2010). "Översyn av de nationella kvalitetsregistren – Guldgruvan i hälso- och sjukvården: förslag till gemensam satsning 2011–2015". Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SOSFS 1993:9. *Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård*.
- SOSFS 2008:17. *Läkarnas specialiseringstjänstgöring*.
- Socialstyrelsen (2000). "Utvärdering av PAL-verksamheten" (Dnr 10382/1999). Stockholm.
- Socialstyrelsen (2003). "Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2003". Stockholm.
- Socialstyrelsen (2004). "Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2004". Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005). "Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport 2005". Stockholm.
- Socialstyrelsen (2016). "Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2015, Sveriges officiella statistik". Stockholm.
- SOU 1997:154. *Patienten har rätt*.
- SOU 2008:37. *Vårdval i Sverige*.
- SOU 2008:127. *Patientens rätt*.
- Svenér, Maria (2010). *När överläkare berättar. Om roller och drivkrafter i en profession i förändring*. Lund: Lund Business Press.
- Svenska Dagbladet* (2011). "Chefsrollen – inget läkare suktar efter", hämtad 110616.
- Sveriges Läkarförbund (2009). "Attityder och erfarenheter till chefskap – sammanställning av kartläggningen Chef i vården". Stockholm.
- Thulin, Ingrid (2008). *Manageriella chefer i en professionell organisation – läkare som ledare i sjukvården*. Kandidatuppsats i företagsekonomi, Handelshögskolan, Göteborgs universitet.
- Winblad Spångberg, Ulrika (2006). "Transparens som förutsättning för patientens fria val". I: Levay, Charlotta & Waks, Caroline (red.) *Strävan efter transparens*. Stockholm: SNS Förlag.
- World Health Organization (2000). *The world health report 2000: Health systems: improving performance*. Genève.