

Varför läkare slutar i Region Jämtland Härjedalen

Ett kvalitets- och förbättringsarbete

Oskar Knutsson
ST-läkare Kirurgkliniken
Region Jämtland Härjedalen

Klinisk handledare: Daniel Sandqvist

Vetenskaplig handledare: Daniel Nilsson-Ranta

Abstract

Socialstyrelsen konstaterade 2010 att bristen på fasta läkare kan ha bidragit till självmord hos en patient som haft kontakt med psykiatri i Östersund. Nära nog identisk kritik återkommer 2016 när IVO utför tillsyn. Mellan 2010 och 2018 har 49 patienter som haft kontakt med psykiatri suiciderat. Det finns lagkrav på att vården ska tillgodose patienters behov av trygghet och kontinuitet. Hur vården utformas har stor betydelse för hur man lyckas förebygga självmord. Vid en extern granskning av psykiatri konstateras brist på styrning och ledning. Syftet med studien var att belysa varför läkare inom specialistsjukvården i Region Jämtland Härjedalen valt att sluta. Sex fast anställda läkare som slutat vid tre olika kliniker efter 2012 intervjuades semistrukturerat. Informanterna beskrev en problematisk arbetsmiljö med orimliga krav, bristande stöd och minimalt inflytande.

Innehållsförteckning

ABSTRACT.....	2
INLEDNING	4
Många självmord kopplade till vuxenpsykiatri i Östersund.....	4
Extern granskning	4
Höga juridiska och politiska ambitioner	5
SYFTE	5
BAKGRUND	5
Interna dokument	5
Lokala förutsättningar.....	6
Hyrpersonal och sjukskrivningar	7
TIDIGARE STUDIER	7
Svensk sjukvård	7
New Public Management	7
Isärkoppling	8
Behovet av ledarskap.....	8
Överbyråkratisering samt kontroll som strategi	9
Standardiseringens begränsningar	9
Konflikt som möjlighet till utveckling	10
Kränkningars konsekvenser	10
Sjukvården skapar sjukdom	11
Läkares förutsättningar.....	11
Arbetsmiljön påverkar patientsäkerheten	11
Relationens betydelse	12
METOD.....	12
Design	12
Urval och procedur	12
ANALYS.....	13
ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	13
Förväntat resultat/klinisk betydelse	14
RESULTAT	14
Upplevda organisatoriska och arbetsplatsrelaterade förhållanden	15
Strategier för att hantera arbetssituationen	17
Upplevda konsekvenser för patientarbete, informanterns hälsa och känsloliv	19
METODISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	20
REFERENSER	23

Inledning

Många självmord kopplade till vuxenpsykiatri i Östersund

Efter tre självmord 2004 konstaterar verksamhetschefen på psykiatri i Östersund att dessa kan vara relaterade till neddragningar. Hon anmäler det hela till Socialstyrelsen. Verksamhetschefen befarar att patienterna inte fått tillräckligt stöd och att psykiatri inte levt upp till Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) krav på kvalitet och säkerhet. Kostnaden för psykiatri per invånare ligger lägst i landet och ytterligare besparingar går inte att genomföra utan att patientsäkerheten försämras (Molin, 2004). Inom organisationen bemöts detta med förnekande, ointresse och okunskap (S. Nielsen, personlig kommunikation, 20 mars 2018). Mellan åren 2008 och till den senare delen av 2017 styrs verksamheten av chefer utan psykiatrisk bakgrund (S. Jörngården, personlig kommunikation 19 mars 2018). Sedan 2004 har Strandvillans behandlingshem, tillnyktringsenheten, psykoterapienheten, hästunderstödd terapi, enheten för nyinsjuknande i psykos samt två vårdavdelningar lagts ned. En enhet som jobbar med könsdysfori och en annan för dialektisk beteendeterapi har tillkommit (J. Johansson & A-M Ekström, personlig kommunikation, 8 mars 2018). Efter sommaren 2018 är beroendevården stängd utifrån brist på sjuksköterskor. Fem läkare har begärt tjänstledigt (E. Norum, personlig kommunikation, 9 september 2018). En verksamhetsutbud påverkar vad patienter får för behandling (Topor, 2004).

Socialstyrelsen konstaterar 2010 att bristen på fasta läkare kan ha bidragit till självmord. Tillgängligheten och kontinuiteten har brutit och man vill veta hur psykiatri tänker anpassa bemanningen för att kunna erbjuda god vård (Lindh & Sahlqvist, 2012). Nära nog identisk kritik återkommer 2016 när Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utför tillsyn med anledning av det höga antalet självmord vid kliniken (Vestberg, 2017). Under perioden 2010 till 2018 har enligt patientsäkerhetsenheten 49 patienter som haft kontakt med psykiatri i Östersund tagit sitt liv och självmord har förekommit på psykiatrisk vårdavdelning (K. Strandberg Nöjd, personlig kommunikation, 20 september 2018). Alla patienter går inte att hindra från att ta livet av sig men relationer kan göra skillnad (Nyberg, 2017). Hur vårdsystem, sjukhusmiljö och bemötande utformas har stor betydelse för hur man lyckas förebygga självmord (Beskow & Nyberg, 2016).

Extern granskning

Procyon Management Consulting AB granskar 2018 psykiatri och konstaterar brist på styrning och ledning. Förtroende och tillit behöver återupprättas och en lärande organisation behöver skapas. Samarbete brister både inom organisationen men även med andra verksamheter, framför allt på ledningsnivå. Personal verkar isolerat och det finns en tendens till ”självständighetskultur”. Undersköterskor och sjuksköterskor behöver använda sin kompetens i större utsträckning och läkare behöver vara delaktiga i styrning och verksamhetsutveckling. Behov av ökat patientfokus föreligger och vården för patienter med samsjuklighet behöver förbättras. Det finns en ”inbyggd konflikt mellan enhetsvis resursoptimering via enskilda budgetar och en flödesorienterad verksamhet där det ekonomiska förbättringsresultatet kan uppstå någon annanstans än där förbättringsinsatserna har genomförts”. Verksamhetens problem bedöms inte som unika. Det finns en brist på ”relevanta, tydliga och ändamålsenliga statistikunderlag” (RJH, 2018b).

Utmärkande i statistiken är att personalkostnaden per invånare blivit näst högst och antalet besök i öppenvård lägst i landet (SKL, 2017a). Kostnaderna för hyrläkare har ökat och fasta läkare är svåra att rekrytera (S. Styrman, personlig kommunikation, 15 november 2017). När tre AT-läkare sökte ST-tjänst på vuxenpsykiatri 2016 upplevdes sparsamt intresse från kliniken (N. Olsson, personlig kommunikation, 19 februari 2018). Läkares sjuktimmars har ökat. På vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) finns problem med vakanser och uppsägningar inom andra yrkeskategorier inklusive chefer (S. Styrman, personlig kommunikation, 15 november 2017). På BUP finns vakanta läkartjänster och problem med arbetsrelaterade sjukskrivningar. Även här är det svårt att rekrytera fasta läkare. Senaste åren har kostnaderna för hyrläkare ökat och ”hyrläkare löser behoven kortsiktigt men till höga kostnader och sämre kvalitet”. Kostnaden för hyrläkare på hudkliniken står för en tredjedel av klinikens budget (L-G. Björk, personlig kommunikation, 20 november och 4 december 2017).

Höga juridiska och politiska ambitioner

Enligt Patientsäkerhetslagen (PSL, SFS 2010:659) ska vårdgivaren leda, planera och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Åtgärder för att förebygga vårdskador ska vidtas och enligt HSL ska all sjukvård vara god och patientsäker. Vården ska vara lättillgänglig samt tillgodose patienters behov av trygghet och kontinuitet (Lindh & Sahlqvist, 2012). Personal som krävs för att erbjuda god vård ska finnas och sjukvården ska ges nära befolkningen (HSL, SFS 2017:30). Verksamhetsutveckling är ett lagkrav (Socialdepartementet, 2016). Enligt arbetsmiljölagen (AML) ska arbetsförhållanden vara anpassade till människors fysiska och psykiska förutsättningar så anställda inte utsätts för jobb som skapar ohälsa (AML, SFS 1977:1160).

Regeringen föreslog 2007 en nollvision för självmord och kraven på eftergranskning ökade. Alla självmord hos patienter som varit i kontakt med hälso- och sjukvården skulle därefter anmälas till IVO (Lindh & Sahlqvist, 2012). Självmordsstatistiken är oförändrad tio år senare (Ottander & Ekman, 2017). Orealistiska krav och underbemanning kan bidra till vårdskador, ökade vårdkostnader och hög personalomsättning (Lindh & Sahlqvist, 2012). Organisationer anpassar sig ofta till vad lagstiftare önskar genom att skapa skriftliga dokument (Alvesson & Spicer, 2018). Som kommer framgå påverkar hög personalomsättning patientarbetet negativt och försvårar möjligheterna att uppnå de mål som hälso- och sjukvården eftersträvar. Arbetsmiljö- och personalfrågor behöver därmed studeras närmare.

Syfte

Att belysa varför läkare inom specialistsjukvården i RJH valt att sluta.

Bakgrund

Interna dokument

Utöver lagar finns ett ”flöde av målformuleringar, visioner, värdegrunder, utbildningsprojekt, styrdokument, policies, strategier, regler, standarder och rutiner för allt möjligt” (Fölster, Ohlsson, Renstig, & Wiigh, 2014). Ledare inom Region Jämtland

Härjedalen (RJH) ska ha helhetsperspektiv, basera åtgärder på fakta samt fokusera på samverkan och relationer (RJH, 2015a). Managementmetoden Lean har utvecklats inom bilindustrin för att sänka kostnader och standardisera arbete (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015). Verksamheten ska genomsyras av Lean (RJH, 2017a). Chefsskap betraktas som ett separat yrke (RJH, 2018a). Medarbetare ska känna sig delaktiga och verksamheten ska präglas av dialog, arbetsglädje och stöd från chefer (RJH, 2010). RJH ska vara en ”attraktiv arbetsgivare för kvinnor, män och queera medarbetare” (RJH, 2017b). Målet är att ”ta en unik plats i våra målgruppers medvetande, där vi särskiljer oss från konkurrerande organisationer och platser” (RJH, 2015b).

Psykiatrin siktar på att ”tillhandahålla en tillgänglig och god vård som tillfredsställer medborgarnas behov av en trygg tillvaro med god livskvalitet genom att ha kvalitet och effektivitet som ledningsstrategi”. Suicidprevention är i fokus. ”För att genomföra och konkretisera de politiska målen skapas olika styrdokument i form av policyer, planer och andra stöddokument” (RJH, 2016a). Det är svårt för personal att hitta dokument (RJH, 2017c). Diffusa och positiva ordalydelser i organisationers värdegrundsarbete är exempel på oklokt agerande (Alvesson & Spicer, 2018). Att inte följa överenskommelser och regler, eller än värre regelbundet bryta mot dessa, skapar cyniska och oengagerade medarbetare (Avolio, 2011). För patienter är handling viktigare än ord (Topor, 2004). Inom RJH är lojalitet mot organisationen viktigt (RJH, 2016b). Organisationer kan stärka sin makt över personal genom att kräva organisatorisk lojalitet framför professionell (Hall, 2012). När lojalitet betonas kan det ses som en moralisk plikt att vara en del av laget, detta kan medföra att människor undviker självständigt tänkande (Alvesson & Spicer, 2018). Att omges av lojala medarbetare är vanskligt om beslutsunderlag blir onyanserade (Garsten, Rothstein & Svallfors, 2015). Personal inom RJH önskar ofta vara anonyma i kontakt med journalister (Zaremba, 2004 & F. Vestberg, personlig kommunikation, 19 februari 2018).

Lokala förutsättningar

I Jämtland och Härjedalen är befolkningen fördelade över stora ytor, det finns bara ett sjukhus vilket är placerat i Östersund. Andelen personer över 65 år högre och medelinkomsten lägre jämfört med riksgenomsnitt (Regionfakta, 2017). Självordsfrekvensen är hög (Socialstyrelsen, 2018). Under 2017 närmar sig RJH’s underskott en miljard kronor (Trysell, 2018). Arbete varannan helg införs på sjukhuset då detta anses kostnadseffektivt. En hälsocentral läggs ned och en annan omvandlas till filial. Asyl- och flyktinghälsan samt en distriktssköterskemottagning avvecklas (RJH, 2018c). Det finns röster som anser att patientsäkerheten hotas och att besluten på sikt medför ökade kostnader (Ström, 2018a). Beslutet om tjänstgöring varannan helg dras senare tillbaka då detta kört slut på kirurgavdelningars personal (Ström, 2018b). Under vintern 2018 har sjukhuset befunnit sig i stabsläge flera gånger. Efter hyrstoppet av sjuksköterskor har tolv observationsplatser på akuten stängts. Patienter riskerar hamna där det finns plats (oavsett om avdelningen är lämplig) och skrivs ut tidigare än vad som är medicinskt motiverat. Trycket på akuten har ökat och där ska patienter träffa läkare inom en timme och vara färdigbehandlad inom fyra timmar (Moberg, 2018). Av Jämtlands AT-läkare 2011 övervägde 56 procent att byta yrke på grund av arbetsbelastningen (Eklinder Björnström, 2018).

Hyrpersonal och sjukskrivningar

Inom primärvården finns exempel där bättre arbetsmiljö minskat hyrläkarberoendet (Ström, 2017a). Att bli hyrpersonal kan bero på ren självbevarelsedrift (Wilczek, Besèr & Brändström, 2017). Sveriges kommuner och landsting (SKL) beslutade 2017 att minska beroendet av hyrpersonal (SKL, 2017b), målet kommer inte att nås (Andersson, 2018a). Hyrläkarstopp infördes 2013 i dåvarande JLL, beslutet gjorde att flera fasta distriktsläkare sa upp sig och hävdades senare (Lövtrup, 2014). Vuxenpsykiatrien är redan 2004 beroende av hyrläkare och var tionde anställd inom JLL lider då av långvarig sjukdom (Zaremba, 2004). Sjukfrånvaron i Jämtlands län är högst i landet och detsamma gäller RJH's medarbetare, den psykiska ohälsan ökar. Medikaliserings av normala livshändelser uppges som en tänkbar anledning (RJH, 2015c). En pressad arbetsmiljö kan medföra sjukdom och sjukskrivning (Piirainen, Räsänen & Kivimäki, 2003). Avstämning med läkare som slutat kan ge viktig information om vad som kan minska läkares omsättning (Demmy, Kivlahan, Stone, Teague & Sapienza, 2002).

Tidigare studier

Svensk sjukvård

I ett internationellt perspektiv fungerar svensk sjukvård väl men det finns stora regionala skillnader (Socialdepartementet, 2016). Socialstyrelsen anser att det behövs mer personal inom alla legitimationsyrken inklusive läkare, 83 procent av arbetsgivarna anser sig ha brist på erfarna läkare. SKL's förslag till lösning på personalbristen är ökat samarbete mellan kommuner och landsting, att fler jobbar heltid och att individer i pensionsålder jobbar. Minskad detaljstyrning och långsiktiga bidrag från staten önskas då riktade statsbidrag ger ökad administration (Ström, 2018c). Den ekonomiska situationen är ansträngd i många regioner och landsting (Ström, 2018d). Inom svensk sjukvård har förekomsten av frivilliga uppsägningar ökat senaste åren (Johansson et al., 2015).

New Public Management

De senaste decennierna har flertalet länder i västvärlden haft som mål att förbättra sjukvårdens resultat, begränsa kostnader samt göra verksamheten mer anpassad till patienters behov (Gabe & Monaghan, 2013). Utifrån gemensamma nämnare kan styrningsmetodiken sammanfattas i begreppet New Public Management (NPM) (Johansson et al., 2015). Metoderna har fått enormt genomslag i Sverige, detta gäller även vid institutioner såsom Socialstyrelsen och SKL (Hall, 2012). Tanken är att strikt processkontroll skapar hög produktivitet och god kvalitet samt att det finns standardiserade lösningar på problem (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Utvecklingen har inneburit ökat fokus på skattning och utvärdering av resultat med betoning på eftergranskning (Johansson et al., 2015). Fokus på efterkontroll skapar självförstärkande och kontraproduktiva processer genom att hämma kreativitet och motivation hos personal. Att granska och utvärdera offentlig verksamhet är svårt, det finns en risk att enbart det mätbara mäts vilket kan komma i konflikt med professionella värderingar (Rothstein, 2014). Kortsiktighet prioriteras eftersom det är vad som mäts (Alvesson & Spicer, 2018). Att utvecklingen gått mot ökade krav på evidens och manualer kan tolkas som bristande tillit till vårdpersonalens omdöme. Eller åtminstone som en strävan att bedömningar och beslut är kunskapsbaserade och ger mätbara resultat (Johansson et al.,

2015). Systemet reglerar och dominerar sjukvårdspersonal genom alltmer omfattande processer (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Ökad kontroll och minskad respekt för professioner kan bidra till ökad yrkesörklighet.

NPM har inte löst de problem som åsyftades, administration och detaljstyrning har ökat. Sjukvårdens mål riskerar att omedvetet förskjutas till att klara granskning (Johansson et al., 2015). Verksamheter prioriterar därmed överordnades kontrollbehov istället för kärnverksamhet (Hall, 2012). Anställda hittar strategier för att förhålla sig vilket innebär viss vinst för den enskilde men också att ett dominerande system upprätthålls, delvis på bekostnad av autonomi och möjlighet att agera utifrån helhetsperspektiv. Förmågan att tillgodose mänskliga behov försämras därmed (Alvesson & Deetz, 2000). Kraven på produktion och minskade kostnader har reducerat komplexa, intima och omhändertagande relationer till en rad krävande uppgifter som ska lösas på kortast möjligaste tid (Lucian Leape Institute [LLI], 2013).

Isärkoppling

Ett fenomen som är aktuellt inom människobehandlande organisationer är isärkoppling (Rothstein, 2014). Den bidrar till bristande helhetssyn och att varje enhet prioriterar sina deluppgifter vilket kan medföra slöseri med både pengar och mänskliga resurser. Isärkoppling kan förekomma på många olika nivåer. Som exempel kan första linjens chefer bli upptagna med uppgifter som varken är kopplade till den kliniska verksamheten eller dess politiska styre. Chefer riskerar därmed att bli administratörer istället för närvarande ledare (Johansson et al., 2015). När nya krav och uppdrag ständigt tillkommer blir administrationen mycket krävande. Stöd från chefer minskar utmattning hos personal men frågan är hur chefer som själva känner sig maktlösa kan hjälpa andra (Glasberg, Norberg & Söderberg, 2007). För att chefer ska ha möjlighet att bedriva ledarskap krävs organisatoriska förutsättningar. Första linjens chefer måste ha eget mandat och behöver ha dialog med överordnade så man har samma målbild och prioritering. Kraven från under- och överanställda kan vara oförenliga. Att sjukskrivningarna för psykisk ohälsa ökar och en tredjedel av enhetscheferna inom sjukvård bytte jobb 2015 talar för dåliga arbetsförutsättningar (Andrén, 2018). Arbetsmiljöverket konstaterar för hög arbetsbelastning och för lite stöd hos första linjens chefer inom vård och omsorg (Ström, 2017b).

Högre chefer har begränsade kunskaper kring vad som faktiskt pågår ute i organisationen (Alvesson & Spicer, 2018). Kontakten mellan olika nivåer har minskat och beslutsfattare befinner sig långt från kärnverksamheten. En fördel med att distansera sig är att slippa kritik, konflikter samt besvärlig implementering av beslut. Ansvaret för sistnämnda hamnar istället längre ned i organisationen (Hall, 2012). För verksamhetens skull bör ledningen inte vara isärkopplad från verksamheten (Finansdepartementet, 2018). Extrem uppdelning av arbete skapar tunnelseende och tanklöst uppfyllande av formalia. När människor som lägger märke till problem blir de enda som besväras kan de börja tro att felet beror på dom själva (Alvesson & Spicer, 2018).

Behovet av ledarskap

Sjukvården har en mångfaldig och splittrad styrning som inte fungerar vilket medför försök till detaljstyrning. Denna utmanar professionellas autonomi och bidrar till administrativt överskott (Socialdepartementet, 2016). Det går inte att leda en

verksamhet utan ömsesidig kommunikation och regelbundna positiva transaktioner, dessa är i sig tillitsskapande och basen för effektivt ledarskap. Till och med dåligt ledarskap är mer effektivt jämfört med när ledarskap saknas. Vid bristande ledarskap undviker människor ansvar och tänker på sig själva i första hand, det är en grogrund för konflikter och ökar risken för utmattnings (Avolio, 2011). Verksamhetsledningen behöver se sig själva som en del av övriga verksamheten. Samarbete mellan ledning och personal skapar en stödjande miljö, höjer moral och minskar personalomsättning vilket indirekt inverkar positivt på patientnöjdhet. Effektiva ledare erbjuder stöd när saker går fel och ger möjlighet att öppet kommunicera problem (LLI, 2013). Inom framgångsrika verksamheter jobbar olika yrkesgrupper och patienter tillsammans på ett prestigelöst sätt, då identifieras möjligheter till förbättring och innovation. Första linjens chefer är viktiga kulturbärare (Socialdepartementet, 2016). Ledarskap definieras inte av utövande av makt utan förmågan att öka upplevelsen av makt hos de som låter sig ledas. När rollerna mellan ledare och de som låter sig ledas växlar utvecklas ständigt nya ledare. Goda ledare kan sätta sig in i sina medarbetares situation och bemöter personal olika utifrån behov (Avolio, 2011).

Överbyråkratisering samt kontroll som strategi

Inom offentlig sektor har enorma resurser bundits i chefslinjer och tillhörande stödfunktioner. Dels utifrån höga ambitioner vad gäller rättssäkerhet och kontroll men även för arbete kring varumärke (Bringselius, 2017). Allt fler ägnar sig åt att skapa dokument (Hall, 2017). Organisationens expansion sker i delar som inte står under samma kontroll som kärnverksamheten. Forskares mångåriga varningar för utvecklingen har inte hörtsammats (Hall, 2012). I motsats till sjukvårdspersonal innehar så kallade policyprofessionella makt utan uppenbart ansvar (Garsten et al., 2015). Policyprofessionella kan aldrig göra fel eftersom problem alltid går att härleda till andras brister. Misslyckanden blir därför argument att göra mer av samma, det vill säga skapa fler dokument (Hall, 2012). Vårdförbundets medlemmar har minskat samtidigt som administratörer och chefer har ökat (Westin, 2018). Administrativ service till vårdpersonal har samtidigt minskat. Föråldrade IT-system och detaljstyrda ersättningssystem inkräktar på professionell autonomi. Det är oklart vad som ska dokumenteras, varför och av vem. Konsekvensen blir dubbeldokumentation (Socialdepartementet, 2016). Hur en verksamhet dokumenterar sitt arbete kan inte betraktas som verksamhetens innehåll (Topor, 2004).

Det är ovanligt att personer som är kliniskt verksamma är delaktiga vid formulering av mål och kvalitetskriterier (Johansson et al., 2015). Mål måste vara möjliga att nå. Kontroll gör nytta om den är internaliserad hos individen, mänskligheten har inget bättre kontrollsystem. När anställda tror på vad de gör engagerar de sig frivilligt, även på bekostnad av egna intressen (Avolio, 2011).

Standardiseringens begränsningar

”Regler, organisationsscheman, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och andra styrmedel kan och ska inte föreskriva ageranden och beteenden i detalj”. Detta är extra angeläget i sjukvårdens kunskapsintensiva verksamhet. Professionell autonomi krävs för att utföra individualiserat arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialdepartementet, 2016). Enskilda moment kan dra nytta av standardisering men alla beslut behöver individualiseras då människor är olika genetiskt, fysiologiskt,

kulturellt, socialt och psykologiskt (Hartzband & Groopman, 2016). Även inom den evidensbaserade rörelsen konstateras att professioners expertis behövs för att anpassa evidens till individuella behov (Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014). För att kunna hjälpa människor behövs ett avspänt förhållningssätt till regler och rutiner (Topor, 2004). Att skapa skickliga medarbetare med tilltro till egna förmågor förefaller mer fördelaktigt än att ha personal som följer ”en snitslad bana” (Petersson, Björk, Edvardsson, & Petersson, 2017). Bättre resultat kan uppnås om människor handlar utifrån sin etik än följer anvisningar (Hall, 2012). Variation i yrkesverksammas begåvning och intressen möjliggör olika sätt att arbeta (McWilliams, 2004). Det finns områden och specialiteter som har svårare att etablera evidens (Petersson et al., 2017). Biomedicinsk dominans kan medföra minskad acceptans inför människors olikhet och inom området psykisk ohälsa förekommer partisk hantering av evidens (United Nations Human Rights Council [UNHRC], 2017). Många faktorer gällande till exempel psykoterapi är svåra att mäta, enligt granskningslogiken finns därmed ingen evidens (Hall, 2012).

Konflikt som möjlighet till utveckling

Funktionell dumhet kan vara ett socialt smörjmedel. Människor blir följsamma och förutsägbara, ingen blir ifrågasatt eller upprörd. Brist på kritiskt tänkande kan dock förorsaka slöseri med tid och resurser och normen att vara positiv kan göra det svårt att lyfta problem. Genom att ställa frågor och reflektera kan organisationer skapa genomtänkta sätt att arbeta. Kritiker kan vara en källa både till lidande och nya insikter (Alvesson & Spicer, 2018). Att det finns olika intressen och mål inom en organisation är naturligt (Johansson et al., 2015). Men managementmetoder negligerar, kamouflerar och förflyttar konflikter samt prioriterar styrbarhet framför sakkunskap. Olika intressen behöver bli möjliga att kommunicera. Läkare är svårstyrda och deras frånvaro kan underlätta reformer men försök att styra läkare har misslyckats (Hall, 2012). Utan motstridiga upplevelser och åsikter minskar utrymmet för reflektion och utveckling. Om konflikter ska vara produktiva krävs ömsesidig respekt och att enskilda individers behov inte ignoreras. Ledare behöver ha förmåga att hantera laddning (Avolio, 2011). Konflikthantering går att lära sig och innefattar att lyssna, bekräfta känslor, hålla sig till ämnet, uttrycka olika synpunkter och bygga tillit (Davies, 2005).

Kränkningars konsekvenser

Inom många sjukvårdsorganisationer behandlas inte människor med respekt, det är inte ovanligt med kränkningar. Personal kan utöver att vara belastad av administrativa bördor och resursbrist bli föremål för kommunikation som indirekt förmedlar att personer högre upp i organisationen har viktigare intressen. Erfarenheter av bristande respekt skapar undvikandebeteenden som minskar både kommunikation och samarbete. I en sådan miljö undviks rapportering av brister och misstag (LLI, 2013). Stress och ökade produktionskrav ökar risken att läkare uppträder kränkande, i riskzonen befinner sig sjuksköterskor och studenter. Det är förödande för patienter som blir utsatta. Hela organisationen påverkas negativt av kränkningar, beteendet ökar personalomsättning och försämrar möjligheterna att erbjuda god vård (Leape et al., 2012a). I en miljö där det föreligger brist på respekt försämrar individens prestationer både för rutinuppgifter och kreativa uppdrag. Viljan att hjälpa andra minskar (Porath & Erez, 2007). Otrevliga kommentarer inverkar negativt på diagnostik och praktiskt omhändertagande av en svårt sjuk patient (Riskin et al., 2015).

Sjukvården skapar sjukdom

Att förebygga ohälsa har stor betydelse för hur hälso- och sjukvårdens resurser används (Socialdepartementet, 2016). Skadliga arbetsmiljöers skapande av psykisk ohälsa negligeras (UNHRC, 2017). Sjukfrånvaron hos landstingens personal ökar (Socialstyrelsen, 2018). Personal som lider av stressutlöst sjuklighet vittnar om att ekonomi är en stressfaktor. Regelbundna nedskärningar och omorganisationer medför ökade krav och brist på arbetsro (Wilczek et al., 2017). Minskning av personal kan efter några år öka sjukfrånvaron (Bryngelson, Mittendorfer-Rutz, Fritzell, Åsberg & Nygren, 2011).

Psykisk ohälsa och sjukskrivningar ökar bland läkare trots tecken på sjuknärvaro (Lövtrup, 2016). Mellan 2009 och 2016 ökade längre sjukskrivningar med 70 procent för manliga och 200 procent för kvinnliga läkare (AFA Försäkring, 2017). Var tredje läkare i primärvården har övervägt att lämna yrket på grund av arbetsbelastningen och var femte har varit sjukskriven på grund av stress. Hälften jobbar deltid för att orka (Ströberg, 2017). Av ST-läkare inom primärvården upplever 78 procent ofta en oacceptabel tidspress (Eklinder Björnström, 2018). Försäkringskassan (FK) har sedan 2016 ifrågasatt sjukintyg i ökad omfattning och försvårar arbetet med patienter som lider av stressutlösta sjukdomar (Wilczek et al., 2017). Myndigheter som begär intyg från sjukvården behöver samordna och begränsa kraven på intyg (Socialdepartementet, 2016).

Läkares förutsättningar

Många av dagens möten med medicinska auktoriteter är förhoppningsvis flexibla och dialogorienterade. För att medicinska interaktioner ska vara framgångsrika krävs att läkare utövar emotionellt arbete. Empati och autenticitet kräver utbildning, handledning och erfarenhetsbaserad kunskap men uppriktigt engagemang går samtidigt inte att lära sig. För de flesta läkare räcker det inte att kunna sitt specialismråde. Den organisatoriska strukturen minimerar ofta möjligheterna till mellanmännisklig interaktion och läkarrollen blir därmed komplex med både höga förväntningar och motstridiga krav. Risken för personlig otillfredställelse är överhängande (Järvinen & Mik-Meyer, 2012) och helhetstänkade kan bli en belastning (Glasberg et al., 2007). Att halva läkarkåren i USA lider av utmattning och cynism påverkar patienters säkerhet, nöjdhet och följsamhet i negativ riktning. Läkarsättningen ökar vilket medför stora kostnader (Shanafelt & Noseworthy, 2017).

Arbetsmiljön påverkar patientsäkerheten

För säker sjukvård krävs ledarskap och lagarbete som präglas av tillit och respekt (Lindh & Sahlqvist, 2012). Om det finns ett respektfullt klimat vid operationer rapporteras observerade misstag och kan korrigeras (Barzallo Salazar et al., 2014). Förbättrat lagarbete kan minska dödlighet (Pronovost & Freischlag, 2010). Stress ökar risken för medicinska felbeslut och att patienters önskemål ignoreras (Hartzband & Groopman, 2016). Utan tid för återhämtning och bearbetning kan svåra patienthändelser leda till cynism och minskad empatisk förmåga (Wahlberg, 2018). Om personal känner glädje och meningsfullhet på jobbet ökar både patientsäkerhet och produktivitet. Arbetsmiljön är intimt förknippad med patientsäkerhet (LLI, 2013). Avsaknad av vårdplatser skapar merarbete och gör att personal hamnar i svåra etiska dilemman. Arbetsmiljön och vårdens kvalitet påverkas negativt på hela sjukhuset även om enbart

ett fåtal verksamheter har dessa problem (Socialdepartementet, 2016). Om man förväntar sig att sjukvårdspersonal ska bry sig om sina patienter behöver man värna om personalen (LLI, 2013).

Relationens betydelse

Bristande läkarkontinuitet ger fler besök på akutmottagningar (Kohnke & Zielinski, 2017) och i en internationell studie ökar risken att dö i förtid (Pereira Gray, Sidaway-Lee, White, Thorne, & Evans 2018). Det är även ineffektivt utifrån ökat behov av inläsning, överrapportering och tillitsskapande kommunikation (Socialdepartementet, 2016). Människobehandlande organisationer är beroende av goda relationer mellan personal och patienter. Detta är än mer påtagligt om patienter behöver ha långvarig kontakt och om patientens egna åtgärder och följsamhet påverkar resultatet (Johansson et al., 2015). Följsamhet är ett ömsesidigt begrepp. Att skapa en relation kan ta tid men kräver inte nödvändigtvis en högutbildad professionell. När en personal väl etablerat kontakt med en patient kan vederbörande inte bytas ut utan konsekvenser. Personal behöver ibland fungera som ett ställföreträdande hopp eller livlina (Topor, 2004). Den självmordsnära patienten behöver bli mött som en jämlik, vederbörande är expert på sin egen situation. En terapeutisk relation skapas genom att möta en medmänniska på ett stödjande och icke-värderande sätt. Behandlaren behöver lyssna uppmärksamt med fokus på aktuell problematik och tillsammans med patienten skapa gemensam förståelse. Patienter behöver betraktas som kompetenta aktörer med ansvar för sitt eget liv (Beskow & Nyberg, 2016).

Metod

Design

Kvalitativt förbättringsarbete som baseras på individuella semistrukturerade intervjuer utförda av studieförfattaren.

Urval och procedur

Urvalet gjordes stegvis och inleddes med att sammanställa uppgifter på hur många fast anställda ST- eller specialistläkare som slutat vid tre olika kliniker inom RJH sedan 2012. De utvalda klinikerna hade en hög omsättning av läkare. Personer som slutat på grund av pension, sjukdom, död eller att de ej fungerat på jobbet exkluderades. Även personer som var hyrläkare eller tjänstlediga på hel- eller deltid räknades bort. Totalt identifierades 20 stycken ST- eller specialistläkare som sagt upp sig, däribland denna studies författare. Nära personlig relation eller samarbete med studieförfattaren under de senaste fem åren betraktades som exklusionskriterier och en informant exkluderades. En läkare hade flyttat utomlands och exkluderades därmed.

Intervju som metod valdes utifrån möjlighet att fånga lokala förutsättningar och minimera risken för enkla generaliseringar. Målet var att intervjua sex eller sju informanter, ett antal som åtminstone delvis motiverats av tidsramen för ST-projekt. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) rekommenderas 5-25 informanter och man betonar behovet av överblick över textmaterialet.

Etikansökan godkändes av regionala etikprövningsnämnden i Umeå (2018/66-31). Läkare som varit verksamma inom psykiatriska verksamheter prioriterades och detta innebar att 13 personer fick en skriftlig förfrågan om deltagande. Ett brev kom i retur då personen flyttat utan att ange ny adress, denna exkluderades. Två informanter tackade ja till medverkan. En påminnelse skickades tre veckor senare och två ytterligare informanter tackade då ja. Utifrån enbart fyra informanter inbjöds fyra läkare från den tredje omnämnda kliniken. En av dessa tackade ja till att delta. Efter påminnelse tre veckor senare hörde ytterligare en informant av sig. Således intervjuades sex läkare från tre olika kliniker. Samtliga specialister, tre kvinnor och tre män.

Att använda en semistrukturerad intervjuguide var en god hjälp för författaren som utifrån svar individualiserade följdfrågor. Att inte skicka ut frågorna i förväg gav möjlighet till spontana svar. Intervjuerna genomfördes våren 2018, tre intervjuer på sjukhuset i Östersund och tre i form av telefonintervju. Ordningen på intervjuerna var inte förutbestämd utan blev i en följd som passade informant och studieförfattaren. Intervjuerna pågick 41-64 minuter. En av intervjuerna blev uppdelad i två omgångar utifrån att läkaren var dubbelbokad. Informanterna hade möjlighet att berätta tills ämnet upplevdes uttömt och i slutet efterfrågades om det fanns något mer att tillägga. Intervjuerna spelades in med digital diktafon och transkriberades ordagrant av medicinsk sekreterare, uppenbara känslouttryck noterades. Informanterna avidentifierades vid transkriberingen. Den första intervjun var en provintervju som gick igenom noggrant tillsammans med handledare för möjlighet till justering av intervjuguide och intervjuteknik. Provintervjun bedömdes som godkänd av handledare och inkluderades i studien.

Analys

En kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003) gjordes som innefattade:

1. Upprepade genomläsningar för att få en känsla för innehåll och helhet.
2. Systematisk genomgång av texterna utifrån syftet där meningsfyllda enheter plockades ut och nedtecknades.
3. Meningsenheterna kondenserades ned till kortare enheter utan att förlora innebörden.
4. Meningsenheterna kodades, det vill säga texten grupperades.
5. Koderna sorterades därefter utifrån gemensamma drag till kategorier för att visa på skillnader samt likheter i materialet.
6. Texten lästes igen för att med citat styrka de kategorier som analyserats fram.

För att ytterligare stärka trovärdigheten i resultatet/slutsatserna diskuterades innehållet med handledarna som var insatta i textmaterialet.

Etiska överväganden

Studieförfattaren har varit verksam som läkare inom RJH sedan 2006 och är blivande specialist inom barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri och palliativ medicin med erfarenhet från två av de studerade klinikerna. Detta ger en unik förståelse och access. Anställningen på Kirurgkliniken innebär samtidigt ett oberoende och möjlighet till utifrånperspektiv. Som kollega med specifika ämneskunskaper och organisationskunskaper finns möjlighet att skapa en förtroelighet som möjliggör ett

fördjupat samtal med förståelse inför olika tänkbara situationer och fenomen. Westerlund (2009) skriver att man inom hermeneutiken betonar vikten av tillträde och förförståelse vilket ger unika möjligheter att följa upp informanternas svar och fördjupa tankegångarna för att därigenom få tillgång till informanternas egna upplevelser och erfarenheter. Intervjun är då semistrukturerad för att intervjuaren inte ska styra innehållet i alltför stor utsträckning. Förförståelse ur ett hermeneutiskt perspektiv handlar om att alla har fördomar och förutfattade meningar som det gäller att förhålla sig till. Ett nyfikat förhållningssätt med den egna förförståelsen medvetandegjord ökar möjligheten till öppenhet i såväl intervjusituationen som i tolkningsprocessen.

Forskningsprocessen har eftersträvat transparens och studieförfattaren har i det vetenskapliga arbetet tagit hjälp av tre handledare som bidragit med kritisk granskning. Arbetet har följt Vetenskapsrådets forskningsetiska rekommendationer (Vetenskapsrådet, 2017). Informanternas deltagande var frivilligt och möjlighet fanns att när som helst avbryta intervjun. Deltagarna informerades både muntligt och skriftligt om studien och skrev under ett så kallat informerat samtycke. Det stegvisa urvalet och aidentifiering vid transkribering minskar möjligheten att urskilja enskilda informanter. Resultatet redovisas på gruppnivå. Materialet förvarades i brandsäkert och låsbart skåp tillgängligt enbart för transkriberande medicinsk sekreterare, studieförfattaren och handledare. Arbetet är förankrat hos områdescheferna på Kirurgkliniken och Vuxenpsykiatrien samt hos Jämtlands läns läkarförenings ordförande.

Enligt Läkarförbundets etiska regler ska läkaren ”efter bästa förmåga utveckla och förmedla kunskap till gagn för patienter och hälso- och sjukvårdens utveckling samt påtala brister i verksamheten”. Därutöver ska läkaren ”i sin gärning bidra till att medicinska resurser används på bästa sätt och till gagn för patienterna” (Sveriges läkarförbund, 2017).

Förväntat resultat/klinisk betydelse

Det är viktigt att undersöka anledningar till varför läkare säger upp sig för att kunna komma till rätta med problemet. Hög personalomsättning försämrar möjligheterna att erbjuda god och patientsäker vård.

Resultat

Resultatet beskrivs i kategorier samt tema och styrks av citat med deltagarnummer. Analysen resulterade i fyra kategorier och ett tema. Kategorierna var ***Upplevda mål och krav för verksamheten, Upplevda organisatoriska och arbetsplatsrelaterade förhållanden, Upplevda konsekvenser för patientarbete, hälsa och känsloliv samt Strategier för att hantera arbetsituationen***. Utifrån kategorierna bildades temat ***Informantens upplevda arbetsmiljö*** där en problematisk arbetsmiljö med orimliga krav, bristande stöd och minimalt inflytande över hur verksamheten bedrivs framkom. Temat är i linje med tidigare studie där chefer beskrivit att ökade krav, minskat stöd samt ansvar utan makt blivit en konsekvens när ansvar överförts från organisationsnivå till personal när makt och beslutsfattande centraliserats (Glasberg et al., 2007).

Upplevda mål och krav för verksamheten

Alla utom en informant nämnde att den dåliga ekonomin styr verksamheten i stor utsträckning och att det funnits krav på besparingar i många år.

” Det var också den ständiga pålagringen av sparbetning och att spara, spara och spara eller ofta i effektiviseringens namn att det här ska tas bort, det här måste tas bort. Och ibland fick man också här en falsk förhoppning, det kanske inte är falskt, men vad vill ni göra istället för pengarna så här... ” #2

Hälften av informanterna upplevde inte att det fanns några mål för själva sjukvårdsverksamheten. Två informanter uttryckte att det funnits krav på att siffror i olika former ska levereras, fyra att verksamheten haft för stort fokus på siffror. En informant nämnde att mycket som sker inom sjukvården är omöjligt att mäta och två att vissa saker som mäts är irrelevant.

”Det där att Bluedog si och så har få besök eller något sånt där. Vilket egentligen beror på att det är en förnuftig människa som skiter i att lägga tid på KVÅ-koder eller så. Och som kanske jobbar som fan.” #3

Informanternas beskrivningar går stick i stäv med Tillitsdelegationens rekommendationer som säger att den administrativa bördan inom verksamheter behöver minska och att det även måste bli slut på mätningar som inte tillför något värde (Finansdepartementet, 2018). Omfattande administration lyftes av hälften. Utöver administrativa bördor pekade informanterna även på krav som de uppfattade att organisationen värderade högt såsom att undvika köer, att vara effektiv samt att undvika fel och skandaler.

”...sedan får man inte ställa kritiska frågor va, det verkar vara liksom...Ja, du vet att det rubbar ju, ibland var det på något sätt, har man bestämt så ska man genomföra det även om det är dumt.” #4

Konsekvensen av att fokusera på fel och brister kan enligt Avolio (2011) bli en kultur där målet blir att undvika risker och misstag, detta motverkar nytänkande och innovation som per definition är att tänka utanför ramarna. Acceptans är viktigt för att kunna dra lärdom av misstag (Finansdepartementet, 2018). Två informanter upplevde krav kring att följa beslut som tagits högre upp i organisationen. Merparten av de intervjuade talade om olika former av tystnadskrav samt att man inte skulle vara bråkig eller krånglig. En informant menade att detta även gällde frågor som rör patientsäkerhet eller egen hälsa. Samma person upplevde krav om att vara tyst om sjukvårdens brister inför patienter. Istället uppfattades krav på att man som medarbetare skulle vara positiv, bristerna till trots. Besparingar förväntades man enligt en informant inte nämna inför medarbetare.

Upplevda organisatoriska och arbetsplatsrelaterade förhållanden

Hur en verksamhet fungerar och presterar går enligt Avolio (2011) att härleda till ledarskapet. Informanterna berättade om en organisation med många chefsled och hög omsättning av första linjens chefer. Två informanter beskrev att de som tog beslut var långt från kärnverksamheten och att top down styrningen medförde implementeringsproblem. Det är effektivare att påverka kulturen på en arbetsplats än top down styrning (Socialdepartementet, 2016). Många informanter upplevde att chefer

hade begränsad kunskap om verksamheten och medarbetare. Man uttryckte att lägre chefer hade ett mycket begränsat beslutsutrymme. En informant upplevde att chefer önskade visa sig duktiga i förhållande till högre chefer. En majoritet av informanterna beskrev bristfälligt ledarskap och avsaknad av struktur på arbetsplatsen. Informanterna pekade inte enbart på bristerna i ledarskapet utan även på medarbetarskapets betydelse. En informant tyckte att kollegor visade bristande respekt för en chef som gjorde så gott hen kunde. Två informanter tyckte sig haft en god relation med närmsta chefen som beskrevs som lyhörd. Sammantaget upplevde majoriteten av de intervjuade inte sig uppskattade av sina chefer. Sådant kom till uttryck i samarbetssvårigheter och konflikter med chefer. Kränkningar beskrevs av flera informanter. Lägg därtill att bristande lyhördhet, svagt stöd, dålig eller obefintlig feedback på utfört arbete samt brist på respekt och dialog upplevdes av flertalet. Det ger sammantaget en bild av ett ledarskap utan kunskap om forskningens framsteg inom området där ju vikten av bland annat lyhördhet och respekt framhävs. Shanafelt et al. (2015) fann i sin studie att läkares psykiska välbefinnande och tillfredsställelse på jobbet påverkades positivt om närmsta chefen var kommunikativ, respektfull, validerande och intresserad av läkarens åsikt.

En informant nämnde att läkare var fullt upptagna med att hantera patienter och därför inte delaktiga i beslut gällande sjukvården. Intresset för informanternas kunskap och erfarenhet upplevdes mycket begränsad och flertalet informanter påtalade att det inte fanns möjlighet att påverka utvecklingen på arbetsplatsen.

” Ja, det var väl att jag inte kände mig respekterad. Att jag inte kände att det som jag hade, alltså de kunskaper jag hade och de åren som jag hade jobbat, att det fanns inget intresse för... alltså det fanns ingen möjlighet för mig att påverka utvecklingen av arbetsplatsen...” #1

Att involvera läkare i beslutsfattande processer kan bidra till ökad effektivitet och motverkar att dessa utvecklar utmattningssymptom (von Vultée, Axelsson & Arnetz, 2007). Medarbetares betydelse kom att beröras i flera av intervjuerna. Här pekade informanterna på att många medarbetare gjorde så gott de kunde under rådande omständigheter. Även om vissa informanter känt sig uppskattade av medarbetare så uttryckte en informant att fikat visserligen var trevligt men att medarbetarna prioriterade hjälp till manliga kollegor. Konflikter mellan olika enheter beskrevs av enstaka informanter, en informant beskrev att det i vissa situationer var oklart vem som hade huvudansvaret för patienten. Behov att förbättra samarbete både internt och externt framkom. Hälften talade om bristfällig utbildning och utveckling på arbetsplatsen. Dessutom tyckte sig några informanter se en brist på fokus på vad de ansåg som prioriterat inom sjukvården. En informant uttryckte sig på följande vis:

”En grundsak är det att man kör igång organisationer som inte riktigt är relevanta för verksamheten. Man skiljer inte på vad är en bra verksamhet och organisation så vi kan utföra de uppgifter vi har”. #4

En informant berättade att det vid byte av journalsystem plötsligt dök upp flera månader gamla provsvar och remisser. Resursbrist påtalades av flera i form av brist på läkare och medicinska sekreterare. Enligt en informant blev det svårt att slutföra sin specialistutbildning på grund av bristen på handledare. Hälften lyfte att det fanns behov av att i ökad utsträckning värna om personal. Att själv må bra nämndes som en

grundförutsättning för att kunna hjälpa andra enligt två informanter. Enligt LLI (2013) kan personal fokusera på sitt jobb om de vet att arbetsgivaren har deras hälsa i fokus, avsaknad av trygghet medför både sjukskrivningar och oförmåga att attrahera nya medarbetare. En informant uttryckte att all personal behöver bemötas utifrån individuella behov. Majoriteten upplevde en verksamhet i stress med högt vårdtryck. Två nämnde tidsbrist. Flertalet påtalade hög personalomsättning. Hälften av informanterna uttryckte att man tidigare upplevt en välfungerande arbetsplats. Alla utom en informant beskrev en ohållbar arbetssituation.

”..det är ju en helt omöjlig situation, det är ju självklart. Ingen skulle ställa upp på det liksom”. #5

” Kraven blev ju egentligen hårdare ju mer pressad situationen blev. Så var det. Och en väldigt..., väldigt svårighet att få kontakt med ledningen, både med vår närmaste chef och verksamhetschefen. Vi tog till och med av och till kontakt med... upp i allra högsta ledningen. Till och med regiondirektör eller landstingsdirektör eller vad det hette då, för att informera om läget. Men jag tror aldrig riktigt sanna bilden kom längre än inom vår enhet hur illa det egentligen var, tror jag.” #6

En informant trodde inte att arbetsförhållandena hade kunnat fortgå så länge om det funnits alternativa arbetsgivare i Jämtland. Önskan om att under andra förutsättningar jobba på kliniken uttrycktes av två informanter.

Strategier för att hantera arbetssituationen

Kortsiktiga lösningar för bemanning och ekonomi ansågs problematiskt av flera informanter. Sådant återspeglades till exempel i restriktivitet med tillsättning av ST-tjänster. Öppenheten för att diskutera och hantera problem som informanter uppfattat upplevdes som begränsad och många uttryckte att de verkligen försökt kommunicera identifierade problem utan framgång. Istället menade sig flera se två organisatoriska principer i vad som kan benämnas som *undvikande* eller *förnekande* av problem. Två informanter upplevde att brister som de påtalat ur chefernas perspektiv istället hade kommit att betraktas som ett uttryck för informanternas personliga brister. En av informanterna tyckte att det blev tydligare att problemen inte handlade om hen eftersom så många kompetenta medarbetare råkade ut för samma behandling.

”...jag tyckte inte heller att ledningen tog vår oro gällande det på allvar, utan det lades mer tillbaka på oss som individer. Att det var vi som var oroliga och lite rädda personer. Men jag upplevde inte att det handlade om oss som personer utan det handlade om vår oro för verksamheten och för den medicinska kvaliteten som jag tycker var väldigt befogad.” #6

Tre uttryckte att organisationen inte tog ansvar för brister. En informant upplevde att hen bemöttes med tystnad. Detta fenomen stämmer överens med French & Simpson (2010) studie som beskriver att personer som utmanar grupperns undvikandebeteende riskerar att bli angripna eller ignoreras. Två informanter nämnde användande av härskarstrategi från chefshåll istället för att diskutera sakfrågor.

”Jag upplevde att hen var en person som i ganska stor utsträckning använde sig av härskartekniker och som nog egentligen, alltså hen försökte nog egentligen i rätt stor utsträckning hantera invändningar utan att sakfrågorna kunde diskuteras utifrån att hen var så gräsligt okunnig om sakfrågorna. Jag tror egentligen inte att hen vågade ge sig in i några sådana diskussioner och då använde hen sig av lite diverse härskartekniker för att ogiltigförklara de råd som kom upp. Jag tänker att man kan ju, man kan mycket väl köra över folk, det har jag inga problem med. Men då får man tala om varför man gör det och man måste tala om vilken kalkyl man har gjort...” #3

Informanterna beskrev olika strategier för att hantera dessa upplevda svårigheter. En strategi var att fokusera på patientjobb, läkarna försökte hjälpa så många patienter som möjligt. Sådant bidrog till stolthet och en känsla av kontroll, meningsfullhet samt glädje men innebar också mycket ensamarbete. Andra strategier var att fokusera på annat än jobb, söka stöd hos medarbetare, spela med eller vägra vissa arbetsuppgifter. En informant upplevde att hen var tvungen att slarva på arbetet vilket i stor utsträckning bidrog till att hen sa upp sig. En ville ge utrymme för yngre medarbetare och en annan försökte ”vara duktig”. Flera informanter beskrev att ”vårdgivarpingis”, alltså avvisning eller hänvisning av patient, förekom. Det gav verksamheten minskad belastning i ett kortare perspektiv genom att åtminstone tillfälligt avsäga sig ansvar.

Flertalet uttryckte att de hade möjlighet att byta till ett annat jobb och flera hade provat ett nytt jobb innan man sa upp sig. Det nya jobbet var fördelaktigt utifrån olika aspekter. Två informanter uppgav att arbetsbytet påverkades av intresse och en att det nya jobbet hade mer resurser.

”Liket var inte lika välplockat”. #2

Att undvika sjukdom, att det nya jobbet var trevligare och minskade frustration var andra anledningar. En informant uttryckte att livskvalitet var viktigare än hög lön.

”...jag kände ju att jag mådde bättre på den andra arbetsplatsen. Att det var trevligare och trivsammare och lättsammare allting och det gjorde ju naturligtvis att hela mitt liv blev ju mycket bättre. Jag behöver ju inte gräva ner mig för att försöka få det här att gå runt på den här arbetsplatsen för jag kan ju byta.” #1

Två informanter upplevde att man i organisationen förmedlat att personal får anpassa sig efter de förutsättningar som råder eller sluta. Tre uttryckte att organisationen inte upplevdes intresserad av att hitta lösningar för att få dem att fortsätta jobba på arbetsplatsen. Två upplevde att det inte hade krävts så stora förändringar för att stanna. Ökad delaktighet och att någon bara ställde frågan vad som kunde göras var enskilda förslag.

Två informanter saknade uppföljning efter de slutat och en påpekade att detta innebar att andra riskerar att hamna i samma situation. En informant hade fått en blankett efter hen slutat men inte svarat. Att organisationen genom sitt agerande förlorat specialistkompetens, skapat personalbrist och bristande kostnadseffektivitet lyftes av enskilda informanter. Hög personalomsättning leder enligt Johansson et al. (2015) till kompetensförlust, minskad kontinuitet och ger sämre förutsättningar för samarbete. Att

sluta på arbetsplatsen uttrycktes som det mest konstruktiva som efter förutsättningarna gick att göra av en informant.

Upplevda konsekvenser för patientarbete, informanternas hälsa och känsloliv

En majoritet av informanterna upplevde att patientsäkerheten var hotad. Två tyckte att patientsäkerheten var hyfsad när patienter väl togs om hand på kliniken. Fem av informanterna uttryckte att man inte hade möjlighet att erbjuda god vård. Två informanter upplevde att vården inte var anpassad till patienters behov och fyra att bristande läkarkontinuitet var ett problem. Kontinuitetsbrist är negativt för patientsäkerheten (Socialdepartementet, 2016). Två informanter uttryckte att det fanns bristande helhetssyn kring patienters vård. Vården upplevdes inte likvärdig av två informanter. Inom en av specialiteterna lyftes att många patienter enbart erhåller medicin.

”...resurserna blev allt mer begränsade och insatserna som kunde ges till väldigt utsatta grupper var dels otillräckliga men också ojämnt distribuerade. Bara få fick en hel del och många ingenting och det blev mer och mer av det där.” #2

Otrivsel, cynism, uppgivenhet och etisk stress nämndes eller beskrevs av hälften eller fler. Även maktlöshet, meningslöshet, känslor av otillräcklighet och frustration framkom. En informant drabbades av arbetsrelaterad sjukdom med livslånga konsekvenser. En annan hade i ett tidigare skede drabbats av arbetsrelaterad sjukdom av samma dignitet, då i egenskap av chef. En tredje kände att hen var nära att själv bli sjuk på grund av arbetssituationen. Behov av upprättelse uttrycktes av en informant som samtidigt påpekade att svåra händelser i livet kan ge viktiga lärdomar. Alla utom en informant uttryckte tillitsbrist inför organisationen.

” Jag kände att jag skrek och protesterade från det jag började ST och ingen lyssnade. Och till slut så... och det tror jag är en otrolig frustration och stress att inte kunna påverka någonting. Och det man säger inte blir taget på allvar. Och sedan när man går in i väggen så ojdå, jaha, men det är klart du ska ta din tid, det här kommer att ordna sig och då blev man klappad på huvudet på något vis och sedan så märker man att.. när man hör kollegor så har de inte ändrat sig någonting och då känns det som att jaha, jaja en var ju dum i huvudet som gick i väggen. Nu kör vi vidare med nästa. Man har inte lärt sig någonting känns det som.” #5

Enligt Wilczek et al. (2017) är det svårt att komma tillbaka till en dysfunktionell arbetsplats efter sjukskrivning.

Utifrån informanternas utsagor blir det uppenbart att de intentioner som återfinns i dokument på nationell och lokal nivå inte efterlevs, möjligen delvis på grund av begränsade ekonomiska perspektiv och ramar. RJH's organisationsform förefaller i sig få människor att leda oklokt (eller inte alls) men det tycks även föreligga okunskap om både verksamheten och ledarskap. Chefskapet tycks åtminstone delvis präglad av förnekelse om verksamhetens reella förutsättningar. Oavsett får förutsättningarna olyckliga konsekvenser i form av personalomsättning, osund arbetsmiljö och i värsta fall arbetsmoral. Istället för att diskutera intentionerna tycks det vara enklare att nonchalera eller kritisera budbärare från kärnverksamheten. På ett personligt plan blir

det uppenbart hur enskilda sjukvårdsarbetare blir drabbade av ifrågasättande, utfrysning och sjuklighet. Patienter blir onekligen drabbade sekundärt vilket framgår i bakgrunden. De goda intentionerna blir ”luftslott”. Mål och visioner omvandlas inte automatiskt till åtgärder och resultat (Rothstein, 2014).

Sjukvård ska bedrivas enligt evidensbaserad kunskap. Det vore värdefullt om sjukvårdsorganisationer tar till sig den forskning som finns rörande ledarskap och medarbetarskap.

Metodiskussion

Naturligtvis finns verksamheter inom RJH som fungerar bättre, de tre klinikerna är utvalda utifrån hög läkaromsättning. En begränsning är få informanter och att enbart läkares perspektiv undersökts. Att informanterna jobbat vid olika kliniker kan vara en begränsning då bakgrunden mestadels handlar om förutsättningar på vuxenpsykiatri. Av 12 som jobbat inom psykiatrisk verksamhet tackade enbart fyra ja till medverkan och vid den tredje kliniken svarade hälften. Urvalet av informanter innebär en form av självselektion, detta gör dock inte deras betraktelser mindre värda. Anledningar till att fler inte svarat på förfrågan om medverkan kan teoretiskt sett handla om allt från att läkare varit nöjda med förutsättningarna på jobbet (och tycker studien är onödig) till att individer inte orkat eller vågat medverka. En person som inte svarade på förfrågan berättade efter avslutade intervjuer att hen ej svarat på grund av utmattnings. En av informanterna uttryckte ambivalens inför att delta och använde begreppet tystnadskultur (vilket kan betraktas som motsatsen till säkerhetskultur). Inom svensk sjukvård finns tystnadskulturer och det förekommer att personal som påtalar brister förlorar jobbet (Bankel, 2018).

Resultatdiskussion

Sex specialistläkare som slutat vid tre olika kliniker inom RJH beskriver en arbetsmiljö som innefattar orimliga krav, bristande stöd och minimalt inflytande över hur verksamheten bedrivs. Det är osannolikt att läkare är den enda yrkeskategorin som drabbas. Givet tidigare forskning och informanternas likartade beskrivningar är det rimligt att anta att denna studie ger en sanningsenlig bild av situationen på de tre klinikerna. Även om detta arbete har uppenbara begränsningar råder inga tvivel om behovet av omfattande organisatoriska och arbetsmiljörelaterade förändringar. I analogi med diskussion i Glasberg et al. (2007) är frågan hur läkare som upplever sig maktlösa kan hjälpa patienter. Det är inte slumpen som gör att sjukvårdspersonal slutar (Järvenhag, 2017) och läkarna i denna studie förefaller ha mycket goda skäl. Förhållandena inom sjukvården skapar personalbrist (LLI, 2013).

Förutsättningarna för ledarskap inom sjukvården och RJH förefaller suboptimala. Urvalet av chefer är viktigt. Enligt Tillitsdelegationen bör individer som bedöms ha förutsättningar att skapa tillitsfulla relationer anställas (Finansdepartementet, 2018). Synen på vad vetenskap och beprövad erfarenhet innebär kan onekligen variera men rimligen ska detta gälla även för sjukvårdens ledning. Därmed är det hög tid att mönstra ut managementmetoder med långvarigt dokumenterade negativa konsekvenser inom människobehandlande organisationer. Avolios (2011) metodik är väl beprövad och

tycks ha god evidens. Enligt denna är framgångsrika ledare och organisationer medvetna om sin egen sårbarhet. Det betyder att individer som fått förtroendet att leda behöver ta ansvar både för egna och verksamhetens brister. Verksamhetschef Nielsen (som omnämns i inledningen) var i detta avseende mycket tydlig men togs inte på allvar varken av Socialstyrelsen eller RJH. Att ingen lyssnar kan upplevas kränkande (Järvenhag, 2017). Läkarna som valt att sluta har liknande erfarenheter och kränkningars konsekvenser inom sjukvården har beskrivits. Enligt Leape et al. (2012b) är en organisations ledarskap ytterst ansvarigt för att skapa ett respektfullt klimat, här finns makten att initiera förändring. Förutsättningen är att behovet uppfattats. Isärkopplingen av ledning och kärnverksamhet minskar samarbete och tillit samt skapar bristande helhetssyn.

Det finns en brist på helhetsperspektiv och samverkan mellan tillsynsmyndigheter, tillsyn som innefattar kvalitativa aspekter och dialog kan potentiellt utveckla verksamheter (Finansdepartementet, 2018). Om tillsynen har det begränsade perspektiv som sjukvårdens avvikelshantering har blir den ineffektiv. Enligt Wrigstad (2018) missar avvikelshandlingen bakomliggande orsaker till brister vilket medför att identiska vårdskador inträffar om och om igen. Det finns inget som tyder på att läkarkontinuiteten på vuxenpsykiatri i Östersund förbättrats sedan Socialstyrelsen och senare även IVO påpekade denna brist. Detta har i många år ökat självmordsrisken och risken kvarstår. Goda politiska avsikter kan ibland ge oväntade och olämpliga resultat (Garsten et al., 2015). Nollvisionen för självmord är omöjlig att uppnå och har en negativ inverkan på arbetsmiljön (Karlsson, Helgesson, Titelman, Sjöstrand & Juth, 2018). Den har kritiserats för att vara underfinansierad (Paulsson Rönnbäck, 2017). Att öka krav och minska resurser är vanskligt (Järvenhag, 2017). Ingen hälsa existerar utan god psykisk hälsa men sistnämnda prioriteras inte i samma utsträckning som sjukvården i övrigt (UNHRC, 2017).

Om offentliga verksamheter har hög kvalitet skapas mellanmänsklig tillit som påverkar människors syn på det politiska systemet. Sjukvården och dess personal har traditionellt haft ett högt förtroende (Rothstein, 2014). Tillit skapas om motparten upplevs kompetent och inställd på att hjälpa (Finansdepartementet, 2018). Jämtar och härjedalingar har lågt förtroende för sjukvården (Socialstyrelsen, 2018) och frågan är om det finns rimliga skäl till detta. I Dagens Nyheters granskning av Jämtlands läns landsting (JLL nuvarande RJH) 2004 kallas organisationen Sveriges största sjukvårdsbyråkrati då det finns dubbelt så många assistenter, strateger och processägare per medborgare jämfört med Halland (Zaremba, 2004). Zarembas kritik verkar inte ha minskat dokumentproduktionen. De sex specialistläkarnas beskrivningar av sina tidigare arbetsplatser är avlägset både de juridiska och politiska målen samt skrivningarna i RJH's interna dokument. Sammantaget gör detta att jämtarnas och härjedalingarnas låga förtroende förefaller motiverat. Det är viktigt att klargöra vad människor kan förvänta sig av sjukvården (Andersson, 2018b). Att ställa om sjukvårdens mål från det som Johansson et al. (2015) beskriver som att klara granskning till något som skapar värde för medborgarna tycks självklart. Sjukvårdens värde uppstår i mötet mellan patient och sjukvård (Socialdepartementet, 2016). Stäng trollfabrikerna.

Detta arbete är en granskning av sjukvården ur kärnverksamhetens perspektiv. Ansvariga behöver börja lyssna till sjukvårdspersonal (Järvenhag, 2017) och forskare. Om inte annat för att undvika skandaler. Tillitsdelegationen har konkreta förslag för att

göra jobbet inom kärnverksamhet mer prioriterat och attraktivt (Bringselius, 2017). ”Kultur, värdegrund, ledarskap och medledarskap bör få en betydligt mer framskjuten roll samtidigt som styrningen via ekonomi och mål- och resultatstyrning bör bli mindre detaljerad och därmed mer möjliggörande”. Verksamheter behöver genomsyras av mod, nyfikenhet, tålamod och tillitsfulla relationer för att finna inkluderande och konstruktiva arbetssätt. Öppenhet med respekt för kritik och utrymme för oliktankande bör eftersträvas (Finansdepartementet, 2018). Demokratien behöver människor som ifrågasätter (Avolio, 2011) och principerna kring konflikthantering (som omnämns i bakgrunden) gäller på alla nivåer. Sjukvården och samhället behöver breda politiska lösningar och långsiktigt tänkande, inte populism.

Referenser:

AFA Försäkring. (2017). Psykisk ohälsa i kommun- och landstingssektorn. Hämtad från <https://www.afaforsakring.se/globalassets/forebyggande/analys-och-statistik/arbetsskaderapporten/ovriga-rapporter-om-arbetsskador-och-sjukfranvaro/f6345-psykisk-ohalsa-kl.pdf>

Alvesson, M., & Deetz, S. (2000). *Kritisk samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Alvesson, M., & Spicer, A. (2018). *Dumhetsparadoxen. Den funktionella dumhetens fördelar och fallgropar*. Falun: Fri tanke.

Andersson, J. (2018a). Få nå målet för hyroberoende. *Läkartidningen*, 115. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/10/Fa-nar-malet-for-hyroberoende/>

Andersson, J. (2018b). Jag känner ett stort ansvar. *Läkartidningen*, 115. Hämtad från <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/05/Jag-kanner-ett-stort-ansvar/>

Andrén, T. (2018). *Om chefen är sjuk – vem tar då hand om personalen? Ohälsa bland personer med ledande befattning*. Hämtad från Sveriges akademikers centralorganisation [saco] webbplats: <https://www.saco.se/globalassets/saco/dokument/rapporter/2018-om-chefen-ar-sjuk.pdf>

Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160). Hämtad från Riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160

Avolio, B.J. (2011). *Full range leadership development* (2. ed). London: Sage.

Bankel, A-K. (Reporter). (2018). *Läkare kritiserar psykiatrin för tystnadskultur* [TV-program]. SVT. Hämtad från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/stockholm/personal-kritiserar-psykiatrin-for-tystnadskultur>

Barzallo Salazar, M.J., Minkoff, H., Bayya, J., Gillett, B., Onoriode, H., Weedon, J.,... & Fisher, N. (2014). Influence of surgeon behaviour on trainee willingness to speak up: a randomized controlled trial. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(5), 1001-1009. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.07.933

Beskow, J., & Nyberg, U. (2016). Suicidprevention kan bli evidensbaserad och effektiv. *Läkartidningen*, 113. Hämtad från <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2016/03/Suicidpreventionen-kan-bli-evidensbaserad-och-effektiv/>

Bringselius, L. (2017, 4 augusti). Bekvämt vara chef och peka finger åt den som gör fel. Dagens Nyheter. Hämtad från <http://www.dn.se>

Bryngelson, A., Mittendorfer-Rutz, E., Fritzell, J., Åsberg, M., & Nygren, Å., (2011). Reduction in personnel and long-term sickness absence for psychiatric disorders among employees in Swedish county councils. An ecological population-based study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(6), 658-662. doi: 10.1097/JOM.0b013e31821aa706

Davies, J.M. (2005). Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49, 898-901. doi: 10.1111/j.1399-6576.2005.00636.x

Demmy, T. L., Kivlahan, C., Stone, T. T., Teague, L., & Sapienza, P. (2002). Physicians' perceptions of institutional and leadership factors influencing their job satisfaction at one academic medical center. *Academic Medicine*, 77, 1235-1240. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12480634>

Eklinder Björnström, L. (2018). Om vi inte låter det inre skavsåret läka blir vi sjuka. *Moderna läkare* 76(3), 20-21. Hämtad från <https://slf.se/sylf/app/uploads/2018/09/tmlno3-2018-s20-21-inreskavsar.pdf>

Finansdepartementet. (2018). *Med tillit växer handlingsutrymmet. Tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.* (SOU [Statens offentliga utredningar] 2018:47). Hämtad från <https://www.regeringen.se/49d37c/contentassets/1705dea13e1845d999ce29016897a1ce/med-tillit-vaxer-handlingsutrymmet--tillitsbaserad-styrning-och-ledning-av-valfardssektorn-sou-201847.pdf>

French, R. B., & Simpson, P. (2010). The 'work group': Redressing the balance in Bion's Experiences in Groups. *Sage Journals*, 63(12). doi: 10.1177/0018726710365091

Fölster, S., Ohlsson, S., Renstig, M., & Wiigh, L. (2014). *Den sjuka vården 2.0 från nollvision till patientrevolution.* Talinn: Samhällsförlaget.

Gabe, J., & Monaghan, L.F. (2013). *Key Concepts in Medical Sociology* (2. ed). London: Sage.

Garsten, C., Rothstein, B., & Svallfors, S. (2015). *Makt utan mandat. De policyprofessionella i svensk politik.* Stockholm: Dialogos förlag.

Glasberg, A-L., Norberg, A., & Söderberg, A. (2007). Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 10-19. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04370.x

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *British Medical Journal*, 348. doi: 10.1136/bmj.g3725

Hall, P. (2012). *Managementbyråkrati. Organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. Malmö: Liber AB.

Hall, P. (2017, 22 november). Allt fler styr och kontrollerar – allt färre gör själva jobbet. *Dagens nyheter*. Hämtad från <http://www.dn.se>

Hartzband, P., & Groopman, J. (2016). Medical Taylorism. *The New England Journal of Medicine*, 374, 106-108. doi: 10.1056/NEJMp1512402

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Johansson, S., Dellgran, P., & Höjer, S. (Red). (2015). *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Järvenhag, C. (2017). Forskaren Marianne Törner ser faror för patientsäkerheten. Hämtad 2018-03-21 från <http://tryggvard.se/forskaren-marianne-torner-ser-faror-for-patientsakerheten>

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (Red). (2012). *At skabe en professionell. Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag.

Karlsson, P., Helgesson, G., Titelman, D., Sjöstrand, M., & Juth, N. (2018). Skepticism towards the Swedish vision zero for suicide: interviews with 12 psychiatrists. *BMC Medical Ethics*, 19(1):26, 1-13. doi:10.1186/s12910-018-0265-6

Kohnke H., & Zielinski A. (2017). Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency service utilisation in a population based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2), 113-119. doi: 10.1080/02813432.2017.1333303

Kvale S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Leape, L.L., Shore, M.F., Dienstag, J.L., Mayer, R.J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G.S., & Healy, G.B. (2012a). A culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Academic Medicine*, 87(7), 845-852. doi: 10.1097/ACM.0b013e318258338d

Leape, L.L., Shore, M.F., Dienstag, J.L., Mayer, R.J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G.S. & Healy, G.B. (2012b). A culture of respect, part 2: creating a culture of respect. *Academic Medicine*, 87(7), 853-858. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182583536

Lindh, M., & Sahlqvist L. (2012). *Säker vård. Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lucian Leape Institute [LLI]. (2013). *Through the eyes of the workforce. Creating joy, meaning, and safer health care. Report of the roundtable on joy and meaning in work and workforce safety*. Hämtad från <https://cdn.ymaws.com/www.npsf.org/resource/resmgr/LLI/Through-Eyes-of-the-Workforc.pdf>

Lövtrup, M. (2014). Man såg om sitt hus och flyttade. *Läkartidningen*, 111. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/07/man-sag-om-sitt-hus-och-flyttade/>

Lövtrup, M. (2016). Den psykiska ohälsan ökar bland läkare. De kvinnliga läkarna är de som drabbas hårdast. *Läkartidningen*, 113. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/01/Den-psykiska-ohalsan-okar-bland-lakare/>

McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Moberg, M. (2018, 22 maj). Ständiga sparkrav skapar stress för fasta läkare. Nu är det yxa som gäller och det kommer att göra ont. *Länstidningen*. Hämtad från <https://www.ltz.se/logga-in/standiga-sparkrav-skapar-stress-for-fasta-lakare-nu-ar-det-ar-yxa-som-galler-och-det-kommer-att-gora-ont>

Molin, K. (2004, 31 oktober). Besparingar kan ha kostat tre liv. *Dagens Nyheter* [DN]. Hämtad från <http://www.dn.se>

Nyberg, U. (2017). Kommentar. *Tidskriften för Svensk Psykiatri*, 4. Hämtad från <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/12/SP-nr-4-2017.pdf>

Ottander, M. (Reporter) & Ekman, J. (Researcher). (2017). *Tio år efter nollvisionen mot självmord står statistiken helt still* [TV-program]. SVT. Hämtad från <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/fa-resultat-10-ar-efter-nollvision-mot-sjalvmord>

Patientsäkerhetslagen. (SFS 2010:659) Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Paulsson Rönnbäck, E. (2017). Nollvisionen för självmord underfinansierad. *Dagens Medicin*. Hämtad från <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/08/07/nollvision-for-sjalvmord-underfinaniserad/>

Pereira Gray, DJ., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P.H. (2018). Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *British Medical Journal Open*, 8(6). doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161

Petersson, M., Björk, J., Edvardsson, B., & Petersson, C. (Red). (2017). *Person och profession i samspel*. Växjö: Linnaeus University Press.

Piirainen, H., Räsänen, K., & Kivimäki, M. (2003). Organizational climate, perceived workrelated symptoms and sickness absence: a population-based survey. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, 45(2), 175-184.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1262c5232>

Porath, C.L., & Erez, A., (2007). Does rudeness really matter? The effects of rudeness on task performance and helpfulness. *The Academy of Management Journal*, 50(5), 1181-1197. doi: 10.2307/20159919

Pronovost, P.J., & Freischlag, J.A. (2010). Improving teamwork to reduce surgical mortality. *Journal of American Medical Association*, 304(15), 1721-1722. doi: 10.1001/jama.2010.1542

Regionfakta. Jämtlands län. Hämtad 2017-12-05 från
<http://www.regionfakta.com/Jamtlands-lan/>

Region Jämtland Härjedalen. (2010). Personalpolitisk policy. Centuri-dokument, Ledningssystem, Ledning och styrning, Policy och strategier, Policyer. Hämtad 2018-04-04 från <https://insidan.regionjh.se>
<https://meetingsplus.regionjh.se/welcome-sv/namnder-styrelser/utskottet-for-personal/mote-2018-03-12/agenda/personalpolitisk-policy193958pdf-1?downloadMode=open>.

Region Jämtland Härjedalen (2015a). Kvalitetspolicy för Region Jämtland Härjedalen. Hämtad 2018-05-07 från
<http://JLLvPlatina/Platina/Modules/Client/downloadFile.aspx?propID=10405401>

Region Jämtland Härjedalen. (2015b). Varumärkespolicy för Region Jämtland Härjedalen. Hämtad datum 2018-04-04 från
<http://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjuiPz45oDdAhWRtIsKHYj-DykQFjAAegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fdiariet.regionjh.se%2Fdiariet%2Ffiles%2F987a40ca-0a63-4679-88fd-fbb8223324bc.docx&usg=AOvVaw2xT562ZBrpoiKN89jRYkTu>

Region Jämtland Härjedalen. (2015c). Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal. Centuri-dokument, Ledningssystem, Ledning och styrning, Ansvar och befogenheter, Långsiktiga utvecklingsplaner. Hämtad 2018-04-04 från
<http://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjTueDn44DdAhXk-yoKHdqZAC8QFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fdiariet.regionjh.se%2Fdiariet%2Ffiles%2F810522a8-6d72-4ec6-8a53-088f9e56eca9.docx&usg=AOvVaw2ZVJf5WUJmoe1gd--byLxw>

Region Jämtland Härjedalen. (2016a). Verksamhetsplan 2017 område psykiatri. Centuri-dokument, Ledningssystem, Verksamhetsplanering, Verksamhetsplan, 2017. Hämtad 2018-03-04 från <https://insidan.regionjh.se>

Region Jämtland Härjedalen (2016b). Chefslönekriterier. Hämtad 2018-04-13 från http://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi-wqe334DdAhVDw4sKHQvJC_MQFjAFegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fcenturi.jll.se%2FViewItem.aspx%3Fregno%3D35158&usg=AOvVaw2boRH1hyjbZ-rJofW2NXcZ

Region Jämtland Härjedalen. (2017a). Rapport Uppföljning Lean. Hämtad 2018-09-11 från <https://meetingsplus.regionjh.se/welcome-sv/namnder-styrelser/regionstyrelsen/mote-2017-05-03/agenda/rapport-uppfoljning-lean176890pdf?downloadMode=open>

Region Jämtland Härjedalen. (2017b). Övergripande handlingsplan attraktiv arbetsgivare 2018-2020. Hämtad 2018-04-17 från <https://insidan.regionjh.se> <http://diariet.regionjh.se/diariet/files/803d3be8-aaa9-4705-8f9f-48bc06f888f3.pdf>

Region Jämtland Härjedalen. (2017c). Internrevision Patientsäkerhet; Verksamhetschef, Chefläkare, Patientsamordnare. Hämtad 2018-04-04 från http://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj19a_VnYLaAhUmhaYKHXGLDZUQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fcenturi.jll.se%2FViewItem.aspx%3Fregno%3D36170&usg=AOvVaw1Q7QO_mA933upfHDbzGGwD

Region Jämtland Härjedalen. (2018a). Premiär för efterlängtat chefsutvecklingsprogram. Hämtad 2018-09-21 från <https://insidan.regionjh.se/nyheter/nyhetsarkiv/nyhetsarkiv/regionovergripandenyheter/regionovergripande2018/premiarforefterlangtatchefsutvecklingsprogram.5.257e39751654464defd6d6.html>

Region Jämtland Härjedalen. (2018b). Rapport. Genomlysning av Region Jämtland Härjedalens psykiatriska verksamheter. Hämtad 2018-04-04 från <http://diariet.regionjh.se/diariet/files/954aabda-58c2-42af-8a56-2285eaca67a3.pdf>

Region Jämtland Härjedalen (2018c). Mycket kraftfulla åtgärder för att minska kostnader. Hämtad 2018-04-20 från <https://www.regionjh.se/nyheter/pressmeddelanden/rjhpress2017/mycketkraftfullaatgarderforattminskakostnader.5.6c60c6df162bb8c91af354.html>

Riskin, A., Erez, A., Foulk, T.A., Kugelman, A., Gover, A., Shoris, I., ... Bamberger, A., (2015). The impact of rudeness on medical team performance: a randomized trial. *Pediatrics*, 136(3), 487-495. doi: 10.1542/peds.2015-1385

Rothstein, B. (Red). (2014). *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem* (5. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Shanafelt, T.D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., ... Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4). 432-440. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.01.012

Shanafelt, T.D., & Noseworthy, J.H. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129-146. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004

Socialdepartementet. (2016). *Effektiv vård. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården: slutbetänkande* (SOU [Statens offentliga utredningar] 2016:2). Hämtad från http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf

Socialstyrelsen. (2017). *Om patientsäkerhet*. Hämtad från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet>

Socialstyrelsen. (2018). *Öppna jämförelser 2017 – En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*. (Artikelnummer 2018-1-4). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20804/2018-1-4.pdf>

Ströberg, C. (Producent). (2018). Jobbet gör läkare sjuka. I *P4 Östergötland*. Hämtad från <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=160&artikel=6678924>

Ström, M. (2017a). Bättre arbetsmiljö minskade hyrläkarberoende. *Läkartidningen*, 114. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/10/Battre-arbetsmiljo-minskade-hyrlakarberoende/>

Ström, M. (2017b). Hög arbetsbelastning för första linjens chefer. *Läkartidningen*, 114. Hämtad från <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/04/Hog-arbetsbelastning-for-forsta-linjens-chefer/>

Ström, M. (2018a). Jämtland Härjedalen backar från krav på tjänstgöring varannan helg. *Läkartidningen*, 115. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/10/Jamtland-Harjedalen-backar-fran-krav-pa-tjanstgoring-varannan-helg/>

Ström, M. (2018b). Protestmanifestation mot sparförslag vid Östersunds sjukhus. *Läkartidningen*, 115. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/04/Protestmanifestation-i-Ostersund-mot-sparforslag/>

Ström, M. (2018c). Fortsatt stor personalbrist i hälso- och sjukvården. *Läkartidningen*, 115. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/02/Socialstyrelsen-om-tillgang-och-efterfragan-av-lakare/>

Ström, M. (2018d). SKL varnar för förvärrad brist på arbetskraft. *Läkartidningen*, 115. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/05/SKL-varnar-for-forvarrad-brist-pa-arbetskraft/>

Sveriges kommuner och landsting [SKL]. (2017a). *Kartläggning 2016 Vuxenpsykiatri. Uppdrag Psykisk Hälsa*. Hämtad från <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/assets/uploads/2017/11/Kartla%CC%88ggning-2016-%E2%80%93-Vuxenpsykiatri.pdf>

Sveriges kommuner och landsting [SKL]. (2017b). *Vården ska bli oberoende av hyrpersonal*. Hämtad från <https://skl.se/tjanster/press/debattartiklar/debattartiklar/vardenskablioberoendeavhyrpersonal.11213.html>

Sveriges läkarförbund. (2017). *God läkaretik*. Hämtad från <https://slf.se/rad-och-stod/etik/etiska-regler/>

Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur & Kultur.

Trysell, K. (2018). Oro för vården när ekonomin krisar. *Läkartidningen*, 115. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/02/Oro-for-varden-nar-ekonomin-krisar/>

United Nations Human Rights Council [UNHRC]. (2017). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. (A/HRC/35/21). Hämtad från <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf>

Vestberg, F. (Producent). (2017). Deprimerad patient fick träffa sex olika läkare-tog sitt liv. I *P4 Jämtland*. Hämtad från <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=78&artikel=6838151>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad från <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>

von Vultée, P. J., Axelsson, R., & Arnetz, B. (2007). The impact of organisational settings on physician wellbeing. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 506-515. doi:10.1108/09526860710819440

Wahlberg, Å. (2018). *Second Victims in Swedish Obstetrics* (PhD dissertation). Uppsala. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-344021>

Westerlund, I. (2009). Hermeneutik. I Fejes, I. A. & Thornberg, R. (Red). (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm. Liber.

Westin, J. (2018, 21 maj). Fler styr och räknar – färre vårdar patienter. *Vårdfokus*. Hämtad från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2018/maj/fler-styr-och-raknar-farre-vardar-patienter/>

Wilczek, A., Besèr, A., & Brändström, L. (2017). *Psykiatrisk öppenvård enligt Erstamodellen för sjukvårdspersonal med utmattningssyndrom* (Slutrapport 2017).

Hämtad från Ersta diakoni webbplats:

<http://www.erstadiakoni.se/Documents/Ersta%20sjukhus/Psykiatri/Erstamodellen%20201702.pdf>

Wrigstad, J. (2018). The inside of a paradigm. An expedition through an incident reporting system. *Lund: Lund University, Faculty of Medicine*. Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/record/0393f519-b590-4cb0-82ed-e95dd35ca597>

Zaremba, M. (2004, 11 december). Sexualiteten i Jämtlands län. *Dagens nyheter*. Hämtad från <https://www.dn.se/kultur-noje/sexualiteten-i-jamtlands-lan>

Angående källmaterialets tillgänglighet och beskaffenhet

Vissa av RJH referenser går enbart läsa via intranätet <https://insidan.regionjh.se/>. En går ej återfinna i sitt ursprungliga format (Verksamhetsplan 2017 område psykiatri). Samtliga av dessa finns i pappersform hos studieförfattaren. Referenserna Styrman och Björk består i själva verket av interna månads- och kvartalsrapporter som dessa hjälpsamma medarbetare mailat studieförfattaren. RJH har bytt mailsystem och ursprungsrapporterna är för närvarande inte tillgängliga. Helpdesk har ej svarat på förfrågan hur dessa kan återfinnas (och Styrman och Björk har inte belastats med ytterligare administrativt arbete). Studieförfattaren tar fullt ansvar för eventuella brister vid omformulering av original.