

# Brist på kollegialt inflytande urholkar lojalitet med chef och organisation ...

... men inte med patienterna

**GUNNAR ARONSSON**, professor i arbets- och organisationspsykologi  
Gunnar.Aronsson@psychology.su.se

**EVA BEJEROT**, docent i arbetsvetenskap; båda psykologiska institutionen, Stockholms universitet

För att en verksamhet ska fungera bra i förhållande till sitt uppdrag krävs att arbete och arbetsprocesser organiseras på ett sätt som tillvaratar de anställdas kunskaper, färdigheter och motivation. Än mer avgörande blir detta i verksamheter med komplexa arbetsuppgifter och med stor andel högutbildade som förväntar sig att få använda och utveckla de kunskaper de förvärvat. I vårdverksamhet accentueras detta ytterligare genom att vård och medicin sannolikt har den snabbaste kunskapsutvecklingen i hela samhället.

Inom vården pågår sedan länge en diskussion om i vilken utsträckning arbetsuppgifter som inte är läkaryrkets kärnuppgifter tränger undan just kärnuppgifterna [1]. Administrativa uppgifter sägs växa på bekostnad av vad som uppfattas vara fokus i läkaryrket – medicinskt arbete med patienten. I en svensk studie [2] av sk illegitima arbetsuppgifter [3, 4] i läkares arbete framkom ett starkt samband mellan illegitimt arbete – onödiga och oskäliga uppgifter – och anspänning och utmattning. Mekanismen antas vara att det i professionella yrken finns en nära koppling mellan roll och individuell identitet. Stressorer som inverkar på möjligheterna att uppfylla det professionella uppdraget kan därigenom bli identitetshotande, dvs nå djupare psykiska skikt än stressorer som kvantitativ överbelastning.

Den beskrivna utvecklingen kan antas höra samman med att det pågår en maktförskjutning mellan vårdens tre starka krafter: marknaden, det offentliga regleringar och det professionella kunnandet i vårdens yrkesgrupper. Den professionella kraften – den sk tredje logiken [5] – uppfattas vara på reträtt, medan marknadskrafter och offentlig reglering ökar. Denna maktförskjutning beskriver vi inte närmare i den enkätstudie som vi presenterar här, där vi undersökt läkares uppfattning om kollegialt inflytande och lojalitet, protest och sorti. Exempel på arenor och procedurer för kollegialt inflytande kan vara arbetsplatsträffar, facklig samverkan, ämnes- och patientkonferenser, möten om planering och utveckling av verksamheten och deltagande i ledningsgrupper. Maktförskjutningen får utgöra en tolkningsram, medan frågeställningarna har fokus på individen och i viss utsträckning på organisationsnivån.

## Protest, sorti och lojalitet

Yrken och arbeten som kännetecknas av hög kunskapsanvändning, lärande och utveckling kan förväntas attrahera, men människor söker sig bort om deras förmågor inte tas tillvara. Utifrån en studie av ett företag i organisatoriskt förfall har en teori om sorti, protest och lojalitet utvecklats (exit-voice-loyalty) [6]. I en otillfredsställande livs- eller arbetssituation har den enskilde två huvudstrategier: sorti och protest. Anställda kan försöka byta jobb eller framföra synpunkter och protestera för att förändra sin situation och verksamheten, kunder kan vända sig till chefen och klaga eller byta butik eller leverantör, patienter kan söka sig till annan vårdgivare.

Sorti är den marknadsorienterade ekonomiskt rationella reaktionen där individen drar sig ur till förmån för en annan organisation. Protest är den politiska reaktionen där individer försöker påverka och förändra. Huruvida en protest blir effektiv är beroende av möjligheten till sorti. Sorti kan vara den väg som väljs när protester misslyckats, förutsatt att det finns alternativa arbeten och en möjlighet att lämna utan större ekonomiskt och annat risktagande. Samspelet mellan sorti och protest kan modifieras av lojalitet. Individer kan i bedömningen av fördelar och nackdelar av sorti väga in lojalitet mot kamrater, verksamhetens mål, företag, patienter osv.

Studiens syfte har varit att undersöka relationen mellan läkares uppfattning om möjligheterna att använda sina kunskaper och erfarenheter för att påverka verksamhetens planering och struktur och olika aspekter av sorti, protest och lojalitet.

## METOD

### Studiegrupp

En enkät skickades till ett obundet slumpmässigt urval av ca 10 procent av Sveriges läkarförbunds medlemmar: 3 000 personer (1 564 män och 1 436 kvinnor). Efter ett flertal påminnelser och nya utskick fanns 1 534 besvarade enkäter. Efter justering för ett förklarad bortfall på 109 individer var svarsprocenten 53 (50 procent för männen och 57 procent för kvinnorna). Bortfallsanalys visade att överensstämmelsen i ålder och geografisk fördelning mellan svarande och bortfall var god. Störst osäkerhet kring selektivt bortfall torde gälla tjänstefördelning och typ av arbetsplats. Det partiella bortfallet på olika frågor var i regel lågt – någon enstaka procent. Studien har godkänts i prövning i den regionala etiknämnden.

### Mätinstrument och variabler

**Oberoende variabler.** I formuläret fanns 3 frågor om läkares tillgång till arenor för inflytande på verksamhetsnära frågor. Frasen »Vilka styrformer används på din arbetsplats?« följdes av tre påståenden som indikerar såväl förekomst av kollegialt arbets- och förhållningssätt [7] som grad av kollektivt inflytande i organisationen:

- Genom arbetsplatsträffar har läkargruppen inflytande på verksamhetsnära frågor.

## SAMMANFATTAT

**I en enkätstudie** undersöktes relationen mellan läkares uppfattning om kollegialt inflytande och lojalitet, protest och sorti.

**Stark lojalitet** med organisation och chef är 2–3 gånger vanligare bland dem som har stor tillgång till arenor för kollegialt inflytande. Lojaliteten med profession och patienter är stark och oberoende av tillgång till arenor.

**Bland dem som** har stor tillgång

till arenor anser 87 procent att de får gehör för synpunkter jämfört med 21 procent bland dem med liten tillgång.

**Överväganden om** att byta yrke, arbetsgivare eller arbetsplats är dubbelt så vanliga vid liten tillgång till arenor.

**Arbetsgivare som** vill attrahera läkare måste ha arenor där läkarna får inflytande över verksamheten.

## KLINIK &amp; VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

**TABELL I. Bakgrundsförhållanden och rapporterad tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten (index). Procentuella andelar. df=frihetsgrader.**

| Bakgrundsförhållanden                     | Tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten |           |       | $\chi^2$ -test | df | P-värde |
|---|--|-----------|-------|----------------|----|---------|
|   | Stor   | Medelstor | Liten |                |    |         |
| <i>Position/tjänstetitel</i>              |  |           |       | 51             | 12 | <0,001  |
| Underläkare, legitimerad (n = 42)         | 17   | 78        | 5     |                |    |         |
| ST-läkare (n = 228)                       | 20   | 59        | 21    |                |    |         |
| Specialistläkare (n = 340)                | 19   | 59        | 22    |                |    |         |
| Överläkare (n = 508)                      | 15   | 63        | 22    |                |    |         |
| Verksamhetschef (n = 63)                  | 46   | 46        | 8     |                |    |         |
| Professor/lektor (n = 24)                 | 21   | 58        | 21    |                |    |         |
| Annan (n = 102)                           | 28   | 56        | 16    |                |    |         |
| <i>Typ av arbetsplats</i>                 |  |           |       | 40             | 12 | <0,001  |
| Universitetssjukhus (n = 426)             | 15   | 64        | 21    |                |    |         |
| Regionsjukhus (n = 52)                    | 19   | 50        | 31    |                |    |         |
| Läns-/länsdelssjukhus (n = 384)           | 17   | 63        | 20    |                |    |         |
| Annat sjukhus (n = 52)                    | 14   | 67        | 19    |                |    |         |
| Vårdcentral/hälsocentral (n = 257)        | 27   | 60        | 14    |                |    |         |
| Mindre mottagning (läkarhus etc) (n = 41) | 37   | 29        | 34    |                |    |         |
| Övriga                                    | 20   | 54        | 26    |                |    |         |
| <i>Specialistgrupp</i>                    |  |           |       | 33             | 8  | <0,001  |
| Allmänmedicin (n = 276)                   | 27   | 58        | 16    |                |    |         |
| Kirurgi <sup>a</sup> (n = 358)            | 15   | 64        | 21    |                |    |         |
| Medicin <sup>b</sup> (n = 263)            | 15   | 63        | 22    |                |    |         |
| Psykiatri (n = 102)                       | 16   | 51        | 33    |                |    |         |
| Övriga (n = 306)                          | 23   | 60        | 17    |                |    |         |
| <i>Födelse land</i>                       |  |           |       | 10             | 4  | 0,038   |
| Sverige (n = 1 052)                       | 21   | 60        | 19    |                |    |         |
| Annat nordiskt land (n = 54)              | 18   | 63        | 19    |                |    |         |
| Utomnordiskt land (n = 178)               | 14   | 58        | 28    |                |    |         |

<sup>a</sup> Består av specialiteterna anestesi, kirurgi, ortopedi, gynekologi, ögon, öron/näsa/hals.

<sup>b</sup> Består av specialiteterna barnmedicin, internmedicin, kardiologi, geriatrik, onkologi.

**TABELL II. Samband mellan ledningsansvar av olika slag och på olika nivåer och rapporterad tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten (index). Procentuella andelar.**

| Typer och nivåer av ledningsansvar     | Tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten |           |       | $\chi^2$ -test | df | P-värde |
|--|--|-----------|-------|----------------|----|---------|
|  | Stor   | Medelstor | Liten |                |    |         |
| <i>Personalledning</i>                 |  |           |       | 53             | 6  | <0,001  |
| Nej (n = 982)                          | 17   | 62        | 21    |                |    |         |
| Ansvar på enhetsnivå (n = 118)         | 19   | 62        | 19    |                |    |         |
| Ansvar på klinik/vårdcentral (n = 80)  | 45   | 46        | 9     |                |    |         |
| Ansvar på högre nivå (n = 19)          | 53   | 37        | 11    |                |    |         |
| <i>Verksamhets-/samordningsansvar</i>  |  |           |       | 29             | 6  | <0,001  |
| Nej (n = 919)                          | 17   | 61        | 22    |                |    |         |
| Ansvar på enhetsnivå (n = 146)         | 19   | 60        | 21    |                |    |         |
| Ansvar på klinik/vårdcentral (n = 111) | 34   | 54        | 12    |                |    |         |
| Ansvar på högre nivå (n = 41)          | 37   | 49        | 15    |                |    |         |
| <i>Medicinskt ledningsansvar</i>       |  |           |       | 37             | 6  | <0,001  |
| Nej (n = 808)                          | 18   | 62        | 21    |                |    |         |
| Ansvar på enhetsnivå (n = 257)         | 14   | 62        | 24    |                |    |         |
| Ansvar på klinik/vårdcentral (n = 159) | 35   | 52        | 14    |                |    |         |
| Ansvar på högre nivå (n = 43)          | 33   | 49        | 19    |                |    |         |

- Diskussioner och beslut i läkargruppen har betydelse för hur verksamheten organiseras.
- Seniora läkares kunskap och erfarenheter beaktas i planeringen av verksamheten.

Svarsskalan var *Ja, i hög grad/Ja, i viss mån/Nej*. Dessutom fanns alternativet *Vet ej/ej relevant*. Drygt 10 procent (n = 243) gjorde den markeringen och ingår inte i analysen.

Av de tre frågorna skapades ett additivt index (alfa = 0,82; min 3 och max 9), som delades upp för att erhålla kontrasterande men ändå numerärt tillräckliga underkategorier. En femtedel (20 procent; n = 262; indexvärde 3 och 4) hänfördes till »liten tillgång till arenor för inflytande« och ungefär lika många (n = 252; indexvärde 8 och 9) hänfördes till kategorin »stor tillgång«. Mellankategorin utgjorde därmed 60 procent (n = 777; indexvärde 5, 6 och 7). Partiellt bortfall gör att anta-

## KLINIK &amp; VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

let personer är något lägre i analyserna än ovan. Höga värden indikerar således inte bara att det finns arenor för inflytande utan också att läkarnas erfarenheter och kunskap får ha betydelse för verksamhetens planering och struktur.

Kunskapsanvändning mättes med frågan »I vilken utsträckning får du användning av din högsta kompetens i dina arbetsuppgifter?« Skalan var 5-gradig och dikotomiserades: *Ja, hög användning (Hela arbetstiden/Större delen)* och *Nej, låg användning (Ungefär halva arbetstiden/Mindre än halva/Sällan eller aldrig)*.

**Beroende variabler.** Protest mättes med fyra frågor som handlade om att få gehör för synpunkter, huruvida arbetsplatsen präglas av en öppen dialog, risk att få en försämrad ställning om kritik framförs till chefer samt tolerans för olika åsikter. Skalan var 4-gradig för de två första frågorna och dikotomiserades: *Nej (Nej, inte alls/Nej, i ganska låg grad)* och *Ja (Ja, i ganska hög grad/Ja, i mycket hög grad)*. För tredje frågan användes *Ja/Nej*. För fjärde frågan var skalan 5-gradig och dikotomiserades: *Stämmer (Stämmer helt/Stämmer mycket bra/Stämmer ganska bra)* och *Stämmer ej (Stämmer i viss mån/Stämmer inte alls)*. Samtliga frågor hade även alternativet *Vet ej*.

Lojalitet mättes med fem påståenden som inleddes med frasen »Jag har en stark känsla av lojalitet med ...« följt av »den organisation (huvudman/företag) jag arbetar för«/»den arbetsplats jag arbetar på«/»min närmaste chef«/»min profession«/»mina patienter, patientgrupp«. Skalan var 5-gradig och dikotomiserades: *Ja (Stämmer helt/Stämmer mycket bra)* och *Nej (Stämmer ganska bra/Stämmer i viss mån/Stämmer inte alls)*.

Sorti mättes med fyra frågor om att byta yrke, arbetsplats, arbetsgivare och specialitet. Skalan var 3-gradig och dikotomiserades: *Nej (Nej)* och *Ja (Ja, men saknar möjlighet/Ja, och har möjlighet)*.

**Statistiska bearbetningar.** Vid korstabuleringarna användes  $\chi^2$ -test (Pearson). Beräkningarna har gjorts på SPSS version 20.0.

**RESULTAT**

**Att få använda sin högsta kompetens.** Det finns ett starkt samband mellan tillgång till arenor och den enskilde läkarens uppfattning om att få använda sin högsta kompetens. I kategorin »stor tillgång« uppfattade 64 procent att de under största eller större delen av dagen fick använda sin högsta kompetens. Sambandet var linjärt med 51 procent i mellangruppen och 41 procent i gruppen med liten tillgång till arenor ( $\chi^2=53$ ; df [frihetsgrader]=8; P=<0,001).

**Tillgång till arenor för kollegialt inflytande.** Tabell I visar att skillnaderna är relativt små mellan de olika tjänstetyperna, med undantag för verksamhetschefer där långt fler uppfattar att det på arbetsplatsen finns tillgång till arenor. När det gäller typ av arbetsplats avviker mindre mottagningar positivt, och vad gäller specialitet är situationen bäst för allmänmedicinare. Födda i Sverige upplever en bättre situation än födda i ett utomnordiskt land. Sett över totalgruppen är kön signifikant (män något större tillgång:  $\chi^2=10$ ; df=2; P=0,004). Skillnaden tycks dock främst härröra från att män och kvinnor har olika positioner, och skillnaden försvinner

**TABELL III. Samband mellan läkares tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten och känsla av lojalitet. Procentuella andelar ja-svarande (stämmer helt/stämmer mycket bra).**

| »Jag har en stark känsla av lojalitet med ... | Tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten |           |       | $\chi^2$ -test | df | P-värde |
|---|--|-----------|-------|----------------|----|---------|
|   | Stor   | Medelstor | Liten |                |    |         |
| den organisation jag arbetar för« (n = 1 280) | 53   | 31        | 16    | 131            | 2  | <0,001  |
| arbetsplatsen« (n = 1 280)                    | 86   | 64        | 40    | 191            | 2  | <0,001  |
| närmaste chef« (n = 1 268)                    | 75   | 50        | 26    | 197            | 2  | <0,001  |
| min profession« (n = 1 279)                   | 88   | 81        | 83    | 19             | 2  | 0,016   |
| mina patienter« (n = 1 266)                   | 89   | 85        | 89    | 8              | 2  | 0,440   |

**TABELL IV. Samband mellan tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten och dialog och öppenhet på arbetsplatsen. Procentuella andelar med negativa erfarenheter i de tre grupperna.**

| Öppenhet på arbetsplatsen   | Tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten |           |       | $\chi^2$ -test | df | P-värde |
|---|--|-----------|-------|----------------|----|---------|
|   | Stor   | Medelstor | Liten |                |    |         |
| Får gehör för synpunkter på arbetsvillkor (andel nej-svarande; n = 1 231)                             | 13   | 45        | 79    | 349            | 2  | <0,001  |
| Arbetsplatsen präglas av en öppen dialog (andel nej-svarande; n = 1 253)                              | 3  | 22        | 61    | 301            | 2  | <0,001  |
| Riskerar få försämrad ställning om kritik framförs till chefer (andel ja-svarande; n = 862)           | 10   | 26        | 59    | 115            | 2  | <0,001  |
| I den organisation jag arbetar finns tolerans för olika åsikter (andel stämmer ej-svarande; n = 1276) | 7  | 25        | 55    | 152            | 2  | <0,001  |

**TABELL V. Samband mellan tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten och överväganden om arbetsgivar-/arbetsplatsbyte etc under det senaste året. Procentuell andel ja-svarande i de tre grupperna.**

| »Har du under det senaste året funderat på att ... | Tillgång till arenor för kollegialt inflytande på verksamheten |           |       | $\chi^2$ -test | df | P-värde |
|--|--|-----------|-------|----------------|----|---------|
|  | Stor   | Medelstor | Liten |                |    |         |
| byta yrke?» (n = 1 300)                            | 12   | 20        | 28    | 30             | 2  | <0,001  |
| byta arbetsgivare?» (n = 1 293)                    | 33   | 54        | 73    | 90             | 2  | <0,001  |
| byta arbetsplats?» (n = 1 291)                     | 33   | 56        | 77    | 101            | 2  | <0,001  |
| byta specialitet?» (n = 1 288)                     | 14   | 19        | 25    | 12             | 2  | 0,060   |

## KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

### »Om proteststrategin försvåras, vilket den låga toleransen för olika åsikter pekar på, är det rimligt att sortistategin vinner mark...«

(med ett undantag [överläkargruppen:  $\chi^2 = 8$ ;  $df = 2$ ;  $P = 0,020$ ]) när män och kvinnor på samma nivå jämförs. Ålder har inget signifikant samband med tillgång till arenor.

Tabell II visar ett tydligt hierarkiskt mönster för ledningsansvar – ju högre i organisationen, desto vanligare att man uppfattar att det finns arenor.

**Kollegialt inflytande och känsla av lojalitet.** Tabell III visar att det är 2–3 gånger vanligare att ha en stark känsla av lojalitet med organisation, arbetsplats och närmaste chef bland dem som har stor tillgång till arenor än bland dem som har liten tillgång. Sambandet gäller dock inte lojalitet med den egna professionen eller de egna patienterna; lojaliteten är hög oberoende av tillgång till arenor.

**Protest, dialog och ställning på arbetsplatsen.** Det starka sambandet mellan »tillgång till arenor« och »dialogvariablerna« visas i Tabell IV. I läkargruppen med låg tillgång till arenor är det hela 79 procent som anger att de inte får gehör för synpunkter på arbetsvillkor, vilket kan jämföras med bara 13 procent i gruppen med hög tillgång till arenor.

Tabell V visar att det är mer än dubbelt så vanligt att läkare med liten tillgång till arenor överväger att byta yrke, arbetsgivare eller arbetsplats än de med stor tillgång till arenor. 28 procent i gruppen med liten tillgång hade under det senaste året funderat på att byta yrke.

### DISKUSSION

I studien analyseras samband mellan läkarnas bedömning av att ha tillgång till arenor för kollegialt inflytande och känsla av lojalitet, möjligheter att göra sig hörda och tankar på att lämna sin arbetsplats. Kollegiala arenors betydelse i dessa avseenden har vad vi kunnat finna inte studerats tidigare. I ett annat avseende – risk för anmälan – har det visats att med större påverkan från seniora läkare på styrningen av arbetet minskar risken [8]. Intresset för vad kollegialitet innebär tycks dock öka samtidigt som förutsättningarna för kollegialitet minskar [9].

Indexet för kollegialt inflytande innefattade inte bara arenor för inflytande utan också att läkargruppens erfarenheter och kunskap tilläts ha betydelse för planering och organisering. 20 procent av totalgruppen ingick i kategorin »liten tillgång till arenor och litet inflytande«. Det är alltså ingen extremgrupp utan en femtedel av kåren. Den gruppen rapporterar påtagligt negativa värden på frågor som har att göra med individuella förhållanden, t ex tankar på att lämna organisationen och arbetsplatsen, lojalitet mot organisationen och att kunna göra sig hörd. Det är individuella parametrar, men de får även betraktas som viktiga för organisationens effektivitet och utvecklingskraft. Lojaliteten med patienterna och professionen påverkas dock inte, vilket också är i linje med teorin om sorti, protest och lojalitet [6]. Det är lojaliteten med verksamhetens meningsbärande aktiviteter som överbryggat brister i inflytande i dysfunktionella organisationer.

Om proteststrategin försvåras, vilket den låga toleransen för olika åsikter pekar på, är det rimligt att sortistategin vinner mark, framför allt vad gäller tankar på att byta arbetsgivare eller arbetsplats. Här finns förmodligen ett samband med en ökande attraktivitet i att som läkare arbeta för bemanningsföretag. Av kostnadsskäl försöker som bekant Sve-

riges Kommuner och landsting att minska möjligheterna för denna strategi [10], och en bieffekt av detta kan bli ökad inlåsning.

Primärvården och specialister i allmänmedicin hade i vår studie en relativt god situation beträffande kollegialt kunskapsutbyte. En nyligen genomförd utredning av Läkarförbundet [11] visar dock att många specialister i allmänmedicin, vilka i ordinarie arbete kan antas ha sin hemvist inom primärvården, är verksamma som stafettläkare, vilket pekar på mera komplexa samband och att ytterligare faktorer är involverade.

Validiteten i använda frågor kan bedömas som god, eftersom flertalet använts i många studier. Indexet kring arenor för kollegialt inflytande är en nyskapelse, som kan utvecklas i fortsatt forskning. Dock verkar det även i sin nuvarande tillämpning ha starka samband med viktiga arbetsmiljöförhållanden.

En tvärsnittsstudie kan inte ge svar på i vilken riktning utvecklingen går. Uppenbart är dock att många läkare – främst på lägre hierarkisk nivå – menar att utrymmet för kollegialt lärande är begränsat. Den snabba medicinska kunskapsutvecklingen gör att brister i detta avseende kan få både omedelbara och långsiktiga stora negativa konsekvenser.

De praktiska implikationerna är tydliga. Arbetsgivare som vill attrahera och behålla sina läkare och utveckla verksamheten måste dels skapa eller bibehålla arenor där läkares kunskaper och erfarenheter kommer till användning och får inflytande i verksamhetens planering och struktur, dels odla ett klimat präglat av öppenhet och dialog.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Studien har finansierats genom ett forskningsanslag från AFA Försäkring. Sveriges läkarförbund har bidragit både finansiellt och med kunskap och stöd från förbundets arbetslivsgrupp (ALG).*

### REFERENSER

- Agerberg M. Svårt att befria läkarna från administrationsbördan. *Läkartidningen*. 2012;109(46):2072-4.
- Aronsson G, Bejerot E, Härenstam A. Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare. Samband mellan illegitima arbetsuppgifter och stress kartlagt i enkätstudie. *Läkartidningen*. 2012;109(48):2216-9.
- Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL, et al. Occupational stress research: the »stress-as-of-fense-to-selfe perspective. In: Houdmont J, McIntyre S, editors. *Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice*. Maia, Portugal: ISMAI Publishers; 2007. p. 43-60.
- Semmer NK, Tschan F, Meier LL, et al. Illegitimate tasks and counterproductive work behavior. *Appl Psychol*. 2010;59(1):70-96.
- Freidson E. *Professionalism, the third logic: on the practice of knowledge*. Chicago: Chicago Press; 2001.
- Hirschman A. *Exit, voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge MA: Harvard University Press; 1970.
- Bejerot E, Aronsson G, Hasselblad H, et al. *Läkarkåren – en profession med allt mindre stöd och inflytande. Enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010*. *Läkartidningen*. 2011;108(50):2652-6.
- Theorell T, Bejerot E. Omorganisationer i vården ger högre risk för felanmälan. Ju fler omorganisationer, desto större risk för läkare att bli anmäld, visar enkät. *Läkartidningen*. 2011;108(48):2501-4.
- Björck H. Om kollegialitet. *SULF:s skriftserie XLI*. Stockholm: Sveriges universitetslärarförbund; 2013. <http://www.sulf.se/Press-opinion/SULFs-skriftserie>
- Mårtensson F. Bemanningstilltag i vården. Så ska beroendet minska. *Läkartidningen*. 2012;109(37):1594-7.
- Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013. Rapport, mars 2013. [http://www.slf.se/Pages/63478/Primarvardens%20lakarbemanning\\_rapport\\_mars2013.pdf](http://www.slf.se/Pages/63478/Primarvardens%20lakarbemanning_rapport_mars2013.pdf)

---

**■ SUMMARY**

The aim of the investigation was to examine relations between physicians' experiences of opportunities to exert their competence, and have arenas for collegially influence on the organization's activities and loyalty, protest and exit. In total, 1400 physicians participated in a questionnaire study. Strong feelings of loyalty with the organization, workplace and immediate supervisor were 2–3 times more common among those with arenas, than those without the experience of an arena. Loyalty with their profession and patients was high, and independent of access to such arenas. Of those with high access to arenas, 87% reported that their viewpoints on work conditions were taken into consideration, compared to 21% of those with low access. Considerations for changes in profession, employer or workplace were twice as common among those with low access to arenas. In conclusion, employers who want to attract physicians must have arenas where the physicians' competence can influence the organisational activities.