

# Läkarna inte längre herrar på sjukvårdstäppan

Att laget och lagledaren drar jämnt  
är av allt större betydelse

Läkarna har av hävd ansett sig vara den viktigaste ingrediensen i en fungerande sjukvård och har också haft en tendens att underskatta alla andra. Det är svårt att tänka sig en sjukvård utan läkare, men det är lika omöjligt att tänka sig den utan sjuksköterskor eller, för den delen, administratörer i någon form. Ett nytänkande behövs. Vem tar initiativet till att jämka ihop professionerna?

LARS WERKÖ  
professor, Stockholm

Kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer (politiker och tjänstemän och mellan tjänstemän och professionella, liksom mellan professionella och politiker) är bristfällig. Detta beror sannolikt på att man saknar förtroende för varandra.

#### Övergripande problem:

- Alla skyller på alla.
- Vattentäta skott mellan politiker/tjänstemän/professionen.
- Brist på övergripande hälsorapporter.
- Det saknas utvärdering av nytta i förhållande till insats/kostnad.

■ Ovanstående rader är (en del av) sammanfattningen av Svenska Läkaresällskapets skrift om prioriteringar, som kom i februari 2001 [1]. Den är baserad på en rad intervjuer av samtliga kategorier deltagare i det stora spelet om sjukvården i Sverige. Att förhållandena är sådana som citatet anger kan inte vara någon överraskning för någon som arbetat i

sjukvården och/eller försökt följa den diskussion som förts under de senaste decennierna. För mig, som varit med sedan mitten av förra seklet, är det inte heller något nytt men ändå förvånande. De vattentäta skott man talar om har ibland snarast varit skyttegravar, som hindrat inte bara all kommunikation utan all förståelse mellan de olika kategorierna.

Det som ger anledning till förvåning är att ingen har gjort något för att överbygga motsättningarna, eftersom detta sakernas tillstånd är en viktig orsak till den bristande och obsoleta organisation som kännetecknar dagens sjukvård. Det är nödvändigt att förståelsen ökar mellan olika kategorier, men det är svårt att bryta gamla motsättningar som inte sällan fått ett personligt inslag. Det kan därför vara lättare för svenska intressenter i sjukvården att betrakta den engelska situationen och begrunda hur de behandlar den.

#### Se på England!

Även i England har motsättningarna blivit stora mellan olika kategorier i sjukvården. British Medical Journal (BMJ) har nyligen ägnat större delen av ett nummer av tidskriften åt att diskutera varför administratörer och läkare ofta upplever varandra som fiender, i en del fall både personligen och i förhållande till den bedrivna verksamheten.

Sjukvårdsorganisationen i England

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

och Wales har mycket gemensamt med den i Sverige, men det är också mycket som skiljer dem åt. National Health Service (NHS) tillkom efter andra världskriget. Hela sjukvården kom då att lyda direkt under socialdepartementet, Department of Health and Social Security (DHSS), där en särskild minister ansvarar för vården. Han har dock numera två medicinare till sin hjälp: en »chief medical officer« med ansvar för vård och en »chief scientist« med ansvar för klinisk forskning.

DHSS har därmed ett helt annat samlat grepp över sjukvården än vad som är fallet i Sverige, där Socialdepartementet saknar både medicinsk kompetens och direkt inflytande på sjukvården. Även om sjukvården i England är socialiserad och gratis för invånarna när de utnyttjar den, arbetar olika kategorier läkare under olika villkor. Allmänläkarkåren (»general practitioners«, GPs) är fria yrkesutövare som arbetar under ett kontrakt med departementet. I detta kontrakt ingår ersättning för både lokaler och personal. NHS betalar även andra anställda som sjuksköterskor, kuratorer, receptiöner och »managers« (administratö-

*Tidigare har läkare inte varit villiga att diskutera sin arbetsmiljö. Under senare år har de dock blivit mer öppna i fråga om situationen i arbetet. Detta torde sammanfalla med att medier och allmänhet också har blivit alltmer intresserade av arbetsmiljön som orsak till utbrändhet eller andra orsaker till sjukskrivning.*

rer), vilket har lett till inrättande av behandlingslag. Dessutom har NHS bidragit till investering i informationsteknologi, vilket har lett till att så gott som alla GPs nu arbetar med kliniska datorsystem [2]. Detta kontrakt, som just nu är under omförhandling, reglerar både ersättning och skyldigheter.

Sjukhusläkarna, med »consultants« (motsvarande våra överläkare), »registrars« (underläkare) och »house officers« (AT-läkare) är avlönade av NHS. De två sistnämnda kategorierna är heltidsanställda med – först på senare år – bestämd arbetstid, som kommer att anpassas till EUs direktiv om 56 timmars arbetsvecka. Consultants har kontrakt på antalet sessioner per vecka: halvdagar, varav veckan från början beräknades ha elva. Genom att exempelvis skriva kontrakt på nio sessioner finns utrymme för privatpraktik, vilket stundom har varit ett tvisteämne. För närvarande är departementet och consultants utan överenskommelse, eftersom det senaste förslaget till kontrakt förkastades av en enig consultantsgrupp.

Sjukhusen drivs numera av managers. En del av dessa är läkare, men flertalet är ekonomer eller har annan utbildning. Det föreligger liknande motsättningar som i Sverige mellan å ena sidan professionerna och managers/politikererna å den andra. I England har tjänstemännen haft en fastare ställning än läkarna, och de som är managers har också efter hand blivit alltmer välutbildade.

#### **Varför är man missnöjd?**

BMJs redaktör Richard Smith, själv lä-

kare men utbildad som manager i USA, skildrar ingående vad han ser som orsaken till de kommunikationssvårigheter som finns inom sjukvården [3]. Flera förhållanden ligger bakom missnöjet [3-7]. Det första och allt överskuggande är den misstro som råder mellan läkare och tjänstemän, en misstro som har sin grund i den generella trend som reducerat den dominerande ställning som läkare tidigare haft i sjukvården. Den vetenskapligt-byråkratiska modellen har tagit över alltmer inom sjukvården, vilket innebär att robust evidens fått större betydelse än personlig erfarenhet. Sjukvården har därmed kunnat läggas upp mera efter managers åsikter än motivationen inom professionerna.

Först genom att förstå den dynamik som ligger i dessa förändringar blir det möjligt att förstå vikten av att omforma det psykologiska kontrakt som läkare måste ha med den organisation som de tjänar.

#### **Ökad reglering av läkarnas verksamhet**

Att läkare bör ha full klinisk autonomi har de fått bekräftat under sin utbildning. De vill därmed ha kontroll både över hur de arbetar inom vårdorganisationen och över den rätt de anser sig ha att engagera sig i aktiviteter utanför denna. I det förra fallet är det fråga om arbetets innehåll, omfattning och schemaläggning, i det senare gäller det undervisning, forskning, deltagande i professionella sällskap, kommersiella kontakter och privatpraktik.

De förändringar som skett med ett

ökat antal läkare, minskade arbetstider och möjligheter till alltmer komplicerade ingrepp som del av vården gör det omöjligt att låta varje läkare bestämma sina aktiviteter. Den moderna sjukvårdens organisation måste präglas av samarbete och hänsyn.

De senare årtiondena har därför medfört ökad reglering av läkares verksamhet på flera sätt. Detta innebär bl a förändring av den kliniska verksamheten, nya former för inspektion, införande av tvingande klinisk revision, publicering av »tio i topp«-listor över sjukhus och ökande kontroll av fördelning mellan slutet och öppen vård. Läkarna kan inte annat än uppleva detta som brist på förtroende:

»Ett genomgående tema för förändringarna under 30 år har varit en uttalad minskning av den medicinska professionens dominans och autonomi. Även om det finns olika former av medicinsk autonomi har samtliga dessa mer eller mindre underminerats, begränsats eller avvecklats som följd av ovan angivna trender« [6].

#### **Hög stressnivå ger risk för fel**

Jenny Firth-Cozens, psykolog med särskilt uppdrag att förbättra läkares fortbildning, har en annan aspekt på problemen när hon påpekar förekomsten av stress i läkares arbetsmiljö [8]. Hon har visat att 28 procent av läkare i flera undersökningar upplever höga stressnivåer, medan stressnivån upplevs som hög av 18 procent i andra motsvarande yrkesgrupper.

*Det är inte längre den hjälteförklarade kirurgen – eller onkologen, medicinaren, obstetrikern – som utgör den rollfigur som unga läkare skall se upp till och försöka efterlikna. Det är i stället laget, och lagledaren, som står för framtidens rationella sjukvård. Och lagledaren har speciella egenskaper och färdigheter som inte behöver vara kopplade till läkarutbildning men som kan kombineras med en sådan.*

Tidigare har läkare inte varit villiga att diskutera sin arbetsmiljö. Under senare år har de dock blivit mer öppna i fråga om situationen i arbetet. Detta torde sammanfalla med att medier och allmänhet också har blivit alltmer intresserade av arbetsmiljön som orsak till utbrändhet eller andra orsaker till sjukskrivning.

En orsak till osäkerhet som leder till otillfredsställelse med arbetet är att läkare – eller sjukvårdspersonal – ofta gör fel, i hastigheten tar felaktiga beslut eller missar tecken på försämringar de borde ha uppmärksammat. Detta har alltid skett, och det finns egentligen inte något som visar att felgreppen har blivit vanligare. Vad som har blivit vanligare är emellertid uppmärksamheten på dessa fel, där engelska medier har tagit upp flera skandaler i NHS [9]. Många läkare känner sig därför nästan förföljda, fastän de försöker göra så gott de kan i en komplicerad och pressande situation.

Det talas om att avdramatisera situationen genom mer öppenhet och större intresse för att utnyttja begångna fel i pedagogiskt syfte [9, 10], men inte mycket händer:

»Visserligen anordnades National Sick Doctors Scheme, brittiska läkarförbundet inrättade en telefonrådgivning och flera sjukvårdsregioner erbjuder särskild psykoterapi för läkare. Arbetstiden har minskats och sömnmöjligheterna ökat under jurer, men i övrigt har inte några aktiva åtgärder vidtagits för att förbättra sjukvårdspersonalens, inklusive läkares hälsa«, framhåller Firth-

Cozens [8].

#### **Känns mönstret igen?**

I en undersökning vid 26 sjukhus i England, Wales, Australien och Nya Zeeland intervjuades 3 065 kliniker och managrar med olika bakgrund [7]. De tillfrågades specifikt om sina attityder till:

- Nyckelfrågor i sjukvården.
- Strategier för att hantera sjukhusens resurser.
- Sambandet mellan kliniska frågor och tillgång på resurser.
- Anledning till variationer i klinisk praxis.
- Vem som skall bestämma klinisk standard.
- Vad klinisk standard skall baseras på.
- Hur kliniska enheter skall baseras.
- Klinikers ansvar och »accountability«.
- Verksamhetens organisation.

Undersökningen [7] visade klart att olika professioner ser helt olika på verksamheten och att denna inställning var lika i de olika länderna (de fyra länderna ligger visserligen långt från varandra men torde ha en gemensam anglosaxisk filosofi). Fem kategorier besvarade enkäten, tre inom management med allmän, medicinsk eller sjuksköterskeutbildning, två med klinisk verksamhet (läkare och sjuksköterskor). Varje grupp hade ett specifikt svar i förhållande till:

1. Samband mellan resurser och kliniska beslut.
2. Strikt ansvar, »transparent account-

ability«.

3. Systematisering av verksamheten.
4. Multidisciplinärt lagarbete.

Det var anmärkningsvärt, ansåg rapportförfattarna, att sjuksköterske-managrar var mer helhjärtat trogna managementfilosofin än till och med allmänna managers. Medan läkarna/klinikerna var emot flerdisciplinära lag i sjukvården var bägge kategorierna med sjuksköterskebakgrund positiva till detta sätt att arbeta.

Degeling och medarbetare anser att om ingenting görs kommer det dels att bli svårt att utnyttja klinikers perspektiv i strategier för modernisering, dels bli omöjligt att införa en ansvarsfull autonomi som en särskild organisationsprincip. Dessutom kommer alla att fortsätta att misstro varandra, med upprepade förtroendekriser som följd [7].

#### **Situationen i Sverige**

Det är ont om motsvarande undersökningar i Sverige, men de svenska erfarenheterna torde inte vara så olika de anglosaxiska. Svensk sjukvårdspersonal torde uppleva missförhållandena särskilt starkt, vilket till en del kan hänga samman med den fragmentisering av vårdens villkor som organisationen med landsting innebär.

Här är det inte bara de diffusa greppen politiker och tjänstemän (såväl landstings- som rikspolitiker samt tjänstemän både i den lokala organisationen och i centrala departement och myndigheter) som läkarkåren upplever

som motpol. Det är dessutom oklart hur alla dessa kategorier relaterar till varandra.

Gemensamt för situationen i Sverige och England är emellertid de olika uppdrag som de olika kategorierna har. Hur detta uppdrag definieras och upplevs förklarar till en del varför det kan vara svårt att mötas med förtroende. Det nuvarande ekonomiska klimatet, som nödvändiggör stor omsorg om hur resurser används, gör det inte lättare.

Det finns dock rapporter där förhållandet mellan olika befattningshavare berörs. En av de mer klagande är den som den förre centerpolitikern Dick Erixon givit från Skåne [11]. Där hade en upprörd församling av personal klagat på förhållandena i den nya regionen. Erixon intervjuade de olika intressenterna i konflikten för att undersöka varför stämningen blivit så upprörd, nästan hätsk. Han fann att vad som framför allt saknats var en fungerande kommunikation mellan olika befattningshavare. Många gånger trodde en överordnad person, politiker eller tjänsteman att han lämnat klara besked till underställd personal. De många nivåer som fanns mellan den högste beslutsfattaren och de som arbetade med patienter underlättade inte kommunikationen. De mellanchefer eller underställda som skulle agera efter ett centralt beslut hade sällan uppfattat något av den givna informationen.

Det var dessutom oklart vilka befogenheter och skyldigheter som olika befattningshavare egentligen hade. Flera fattade beslut som de egentligen inte hade rätt till eller genomförde åtgärder som inte låg inom deras ansvarsområde. Till detta kom att redovisningen av verksamhetens ekonomi var sådan att Erixon ansåg att underskottet på en miljard kronor kunde ha blivit mycket större. Ingen visste egentligen inom vilka ramar man verkade, eller hur man skulle hantera ekonomin – samtidigt som ekonomistyrningen av sjukvården ansågs vara viktig. Att det kan uppstå motsättningar under sådana förhållanden är inte att förundra sig över.

En avhandling från ekonomiska institutionen vid Lunds universitet innehöll direktstudier av arbetet på vårdavdelningar. Där påpekades att »medicinska och humanistiska normer och värderingar ersätts helt enkelt med managements. Handlingsmönster som skapats av dem som arbetar i vården hotas av de styrmodeller som bland annat styr handlingar från omvårdnad till administration« [12].

En annan rapport från Skåne visar att det finns exempel på att politiker snabbt och till synes oövertänkt fattar beslut som de vid ett senare tillfälle inte vill



*En orsak till osäkerhet som leder till*

*otillfredsställelse med arbetet är att läkare – eller sjukvårdspersonal – ofta gör fel, i hastigheten tar felaktiga beslut eller missar tecken på försämringar de borde ha uppmärksammat.*

kännas vid. De skånska revisorerna – i samband med diskussionen om sjukhusen i Simrishamn och Ystad – fann att samma person kunde fatta diametralt olika beslut beroende på i vilken församling han satt.

Politiker är också ofta alltför bundna till sin politiska ideologi. När Stockholms läns landsting vart fjärde år får majoriteten i landstingsfullmäktige ändrad från borgerlig till rödgrön innebär detta att sjukvårdens ledning var fjärde år ändras diametralt. Den ledande sjukvårdsfilosofin svänger då mellan privatisering och socialisering. De som arbetar inom sjukvården vet därmed föga om vad morgondagen kommer att innebära.

### **Läkarna inte längre autonoma**

Att det uppstår svårigheter med kommunikation inom en så komplex verksamhet som sjukvård är inte bara politikernas fel. Läkarna har sedan länge varit vana vid att vara autonoma och är utbildade att snabbt ta ställning i medicinska frågor. Många läkare har också en inställning att deras medicinska verksamhet, som kan gälla liv eller död, hälsa eller invaliditet, är så viktig att allt annat måste stå tillbaka. Denna inställning medför att de inte lyssnar på, eller inte vill höra, några andra åsikter om hur sjukvården skall bedrivas. Den självtillräcklighet och arrogans som detta inneburit kan självklart uppfattas som obstruktion och dålig hörsamhet till viktiga beslut.

Under de glada 1960- och 1970-talen när sjukvården byggdes ut i Sverige – och antalet läkare mer än fördubblades – kunde de medicinska anspråken utan svårighet uppfyllas. Detta gav professionerna en känsla av att de var fria att bara beställa ytterligare resurser i sin önskan

att följa den medicinska utvecklingen. När ekonomin senare vände nedåt – och sjukvården var utbyggd till full, kanske alltför full, kapacitet – känner många inte igen sig och kan snarare uppleva en känsla av förföljelse. Redan osäkra läkare, tvekande om vilken ställning de har i organisationen, har inte precis uppmuntrats av vad som måste ses som en nedvärdering av deras insatser.

### **Reformer utan tanke på konsekvenserna**

Sjukvården har blivit ett viktigt intresseområde för politiken. Men är detta intresse reellt? När Västra Götalandsregionen tillkom diskuterades knappt sjukvården, trots att den nya regionen har betydelse framför allt för denna [14, 15].

En reform som tillkom genom beslut i riksdagen, och som måste ses både som en nedvärdering och som ett hot, är införande av begreppet verksamhetschef i stället för chefsöverläkare. Det är inte helt klart för mig hur denna förändring motiverades i utredning eller riksdagsdebatt. Som den tillämpas i verkligheten har den inneburit att den tjänst som utgjorde ett klart krön på en karriär inom medicinen plötsligt kan ges till vem som helst, eftersom verksamhetschefen inte längre behöver vara medicinskt kompetent inom det område han skall vara chef för.

Dessutom beslöt riksdagen att den lokale sjukvårdshuvudmannen – till synes utan någon djupare analys – godtyckligt kan avgränsa verksamheten under en verksamhetschef. Den gamla säkra specialistuppdelningen inom sjukhuset med definierade karriärvägar har därmed rivits upp. Den yngre läkare som förkovrar sig inom sin specialitet kan riskera att hamna i en befattning där han/hon är underställd en ekonom med erfarenheter från en processindustri. Varken ekonomen eller den kliniskt verksamme med erfarenhet från sin disciplin kan känna sig särskilt tillfreds med en sådan situation.

Denna reform är inte heller den enda som riksdagen genomfört utan att begrundat konsekvenserna. Riksdagens beslut om AT-läkare hälsades av alla som ett utmärkt sätt att lösa läkarbristen. Vad det ökade ansvaret för utbildning skulle betyda i klinisk arbete var det ingen som tänkte på. Inte heller gjordes någon analys av vad det innebar med ett stort antal läkarstuderande som skulle passera vissa kliniker på kort tid för att få av riksdagen godkänd erfarenhet.

### **Alla kategorier behöver utbildning**

Utbildning för verksamheten är viktig för tillfredsställelse och trivsel men kan också leda till motsättningar. Det är ofta ett stort gap mellan hur olika kategorier

som arbetar inom sjukvården utbildas för sin verksamhet. Medan läkare och sjuksköterskor har en lång och ingående både praktisk och teoretisk utbildning, ofta med inslag av forskarutbildning, saknar politiker och tjänstemän många gånger utbildning för de uppgifter de har att förvalta. För något år sedan påpekade en högre tjänsteman från ett landsting ute i landet att tjänstemännen vid lands- tingen dessutom under de senaste fem till tio åren inte fått någon fortbildning i tjänsten, trots att deras ansvar och upp- gifter blivit alltmer komplicerade.

I kraft av bl a sin akademiska utbild- ning har många läkare känt sig som kungar över sitt revir [13]. Detta var så mycket lättare så länge andra aktörer i sjukvården hade begränsad utbildning – många sysslomän var avhoppade militä- rer, politiker behövde inte ha någon ut- bildning utöver politisk erfarenhet. Un- der senare år har väl utbildade ekono- mer, tjänstemän med erfarenhet från näringslivet, där de innehått höga poster, och personer med särskild ledarutbild- ning kommit in i sjukvården. Läkarna möter därmed en mer jämbördig grupp, vilket ibland har lett till en ny typ av kon- frontation bidragande till förvirring och främlingskänsla.

Klimatet för dem som idag arbetar i sjukvården har skapats under lång tid, och många gamla traditioner har bitit sig fast i organisationen. Eftersom såväl po- litiker som tjänstemän och läkare ofta är starka personligheter, hetlevrade och otåliga, är det bäddat för konflikter som kan bli både långvariga och djupgående.

Det är intressant att den anglosaxiska undersökningen lyfter fram sjuksköters- kemanagers som mer managementori- enterade än till och med de allmänna ma- nagers som verkar inom sjukvården [7]. Har läkarna blivit alltför medicinskt ve- tenskapligt orienterade för att kunna rätt bedöma den allt viktigare balansen mel- lan resurser och möjligheter till omhän- dertagande av patienter, medan sjukskö- terskorna med sin mer direkta patient- kontakt och omvårdnadstradition är mer förankrade i verkligheten, den verklig- het som kommer att bestämma morgon- dagens sjukvård?

### En dans för tre?

Är den »danse macabre« som belyses av artiklarna i BMJ [7] en dans med endast två partners – läkare och managers – el- ler, som framgår när man läser mer nog- grant och dessutom höjer blicken från tidskriften till verkligheten, mellan tre deltagare: sjuksköterskor, läkare och managers? Läkarkåren har alltid ansett sig som den viktigaste ingrediensen i en fungerande sjukvård men har också haft en tendens att underskatta alla andra. Det

är svårt att tänka sig en sjukvård utan lä- kare, men det är lika omöjligt att tänka sig den utan sjuksköterskor eller, för den delen, managers i någon form.

Vi har kommit långt ifrån det tillstånd då den ensamma praktikern var den som stod för läkekonsten. Dagens komplexa sjukvård kan inte längre vila på endast en profession. Det är inte längre den hjälteförklarade kirurgen – eller onkolo- gen, medicinaren, obstetrikern – som ut- gör den rollfigur som unga läkare skall se upp till och försöka efterlikna. Det är i stället laget, och lagledaren, som står för framtidens rationella sjukvård. Och lagledaren har speciella egenskaper och färdigheter som inte behöver vara kopp- lade till läkarutbildning men som kan kombineras med en sådan.

Är det motstånd som klinikerna i den anglosaxiska undersökningen [7] visade mot de nya organisationsformerna annat än de sista resterna av en föråldrad filo- sof och en utdöende yrkeskategori? Om inte läkare kan tänka om och acceptera sitt beroende av intimt samarbete med många andra professioner är framtiden inte särskilt ljus för dem som nu börjar sina medicinska studier.

### Nytänkande behövs

De problem som belysts här har betydel- se för hela samhället. Ansvar att göra något vilar därför på samtliga som har med sjukvårdens organisation att göra. »De villkor som svensk sjukvård idag lever under, där systemen driver fram de- struktivitet och handlingsförklammning snarare än stimulerar utveckling, där hjälper inga pengar i världen. Först måste sjukvården bli en miljö där konstruktivt förnyelsearbete är meningsfullt«, skrev Dick Erixon i oktober 1999 [11]. Men ingen tycks vilja (?), orka (?) ta tag i problemen.

När man försöker analysera de proble- m som finns inom sjukvården blir det alltmer uppenbart att det behövs ett radi- kalt nytänkande, ett nytänkande som tar hänsyn till den ekonomiska utveckling- en, den biomedicinska forskningens snabba expansion och till hållbara prin- ciper för sjukvårdens organisation. Det måste dessutom tillfredsställa alla kate- gorier personal som skall finna sin ut- komst i sjukvården.

Det finns en risk för att ett sådant nytänkande kommer att domineras av initiativ utanför läkarkåren om inte denna – eller snarare dess organisatio- ner – tar upp problemen och försöker driva utvecklingen i stället för att låta den driva professionen. Vem skall ta initiativ till diskussioner mellan olika aktörer för att reda upp begreppen? Är det chefsläkarföreningen inom Läkar- förbundet som ligger närmast till för ett

sådant initiativ?

### Referenser

1. Svenska Läkaresällskapet: Prioriteringar – vad krävs för underlag för att göra bra hori- sontella prioriteringar? Stockholm: Svens- ka Läkaresällskapet; 2001.
2. Bindman AB, Majeed A. Organization of primary care in the United States. *BMJ* 2003;326:631-4
3. Smith R. What doctors and managers can learn from each other. *A lot. BMJ* 2003; 326:610-1.
4. Edwards N, Marshall M, McLellan A, Abbasi K. Doctors and managers: a problem without a solution? No, a constructive dia- logue is emerging. *BMJ* 2003;326:609-10.
5. Davies HTO, Harrison S. Trends in doc- tor–manager relationships. *BMJ* 2003;326: 646-9.
6. Davies HTO, Hodges CL, Rundall TG. Views of doctors and managers on the doc- tor–manager relationship in the NHS. *BMJ* 2003;326:626-8.
7. Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. Medicine, management, and modernisa- tion: a »danse macabre«? *BMJ* 2003;326: 649-52.
8. Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. It's time to be proactive about stress – and prevent it. *BMJ* 2003; 326:670-1.
9. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Un- happy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002;324:835-8.
10. Nash DB, Malcolm L, Wright L, Barnett P, Hendry C, Crosson FJ, et al. Improving the doctor–manager relationship *BMJ* 2003; 326:652-5.
11. Erixon D. Maktspelet i vården. Stockholm: Timbro/CVV; 1999.
12. Erlingsdottir G. Förförande idéer – kvali- tetssäkring i hälso- och sjukvården [dissert- ation]. Lund; 1995.
13. Ham C, Alberti KGMM. The medical pro- fession, the public, and the government. *BMJ* 2002;324:838-42.
14. Jensen C. Maktens språk och språkets makt. Om hur Västra Götalandsregionen blev till. Göteborg: Eget förlag; 2002.
15. Pernö H. »Sjukvården var i högsta grad med«. *Landstingsvärlden* 2003;2:11.