

# Ansvarsförskjutning och skamstruktur – konsekvenser av ekonomistyrning?

Ulla Bertling

Fil.dr., specialist i klinisk psykologi, leg. psykoterapeut.  
E-post: ulla.bertling@gmail.com.

Alarmerande tecken finns på att missbruksvården är i kris – minskat antal behandlingshemsplatser och ökat antal tvångsplaceringar. De kraftigt ökande narkotikarelaterade dödsfallen oroar. Den personkontinuitet och samverkan mellan olika vårdgivare, som borde vara ledande principer i vården av människor med komplexa vårdbehov, är livsnödvändigt för missbruksvården. De allvarliga konsekvenserna för de professioner och klienter/patienter i kontakt med den offentligt finansierade vården och omsorgen tycks vara en följd av New Public Management och den ekonomistyrning som paradigmskiftet har inneburit, där budgeten prioriteras framför etisk omsorg och Hälso- och sjukvårdslagen.

There are alarming signs of crisis in care of substance abusers – less numbers of places in residential treatment centers and increasing numbers of coercive measures. The strong increase of deaths related to certain drugs is especially disturbing. Person continuity and co-operation between different units, that should be leading principles for complex needs of care, is of vital importance for substance abusers. The serious consequences for professions and clients/patients, in contact with the publicly financed care, seems like the result of the financial management of the NPM paradigm shift, where budget is prior to ethical concerns and the law of Health and Medical Services.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är tydlig – vården ska följa vetenskap och beprövad erfarenhet, vården ska vara tillgänglig och genomföras i samråd med patienten, som ska ha valmöjlighet och vården ska vara behovsanpassad – störst behov ska ha företräde. Det finns också skäl att påminna om utgångspunkterna för den evidensbaserade praktiken (EBP), som Socialstyrelsen har sagt sig följa (Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness approved by APA August 2012): gott vetenskapligt stöd;

hög och adekvat klinisk kompetens; hänsyn ska tas till varje patients särart – problematik, preferenser, kontext (i synnerhet patientens psykosociala situation) och erfarenhet.

I det följande kommer en genomgång av forskningsstudier och olika myndigheters granskningar ge en bild av hur lagar och resolutioner följs och hur vi kan se konsekvenserna för såväl de professionella som för brukare/patienter/klienter i kontakt med vård och socialtjänst.

## Myndigheterna

Den statliga patientmaktutredningen skulle stärka patientens makt i förslaget om ny HSL. Detta sågades dock helt av Katarina Hamberg, professor i allmänmedicin vid Umeå universitet. Hon skrev (2013):

*I stället för att aktivt lägga förslag som minskar ojämlikheten i vården abdikerar utredningen i okunnighet och sjunger en slagdänga om fritt vårdval. Sjukvårdens ansvar minskar och läggs på patienten. SOU 2013:2 måste förkastas och en ny utredning tillsätts som beaktar allas rätt till sjukvård och särskilt värnar om svaga grupper. ... Kvaliteten på den vård man erhåller kan inte patienten själv bedöma.*

Hamberg får stöd av Riksrevisionens (RiR 2014:22) utvärdering av hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat primärvården. Man konstaterar att vårdvalssystemet och den fria etableringen av vårdcentraler har ökat de sociala skillnaderna i vårdens tillgänglighet, motverkat kontinuitet i vården där behoven är störst och missgynnat patienter med allvarliga kroniska besvär, vilka, tvärtom vad man väntat sig, i minskad omfattning sökt vård inom specialistsjukvården. Riksrevisorerna konstaterar att ”det blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer...”.

Utifrån dokumenterade brister och problem inom patientsäkerhetsområdet (endast var 10:e allvarlig vårdskada anmäls) har RiR (2015:12) granskat om staten har gett vårdgivarna tillräckliga förutsättningar att främja hög

patientsäkerhet. Patientsäkerhetslagen är en god grund. Resultatet är mycket nedslående. Staten har inte gett vårdgivarna de rätta förutsättningarna. Landstingen förmår inte uppfylla krav och syften. Vårdpersonal måste ges förutsättningar och verktyg att hantera oväntade vårdssituationer. Kompetensutveckling och fortbildning nedprioriteras ofta på grund av tidsbrist. Patienters och närståendes bidrag är outvecklat hos vårdgivarna. Fyra år efter patientsäkerhetslagen trädde i kraft finns ännu inte en reviderad föreskrift för lex Maria-ärenden.

Patientrådet vid Myndigheten för vårdanalys (Areskog, m. fl., 2014) eldar också på denna brasa och konstaterar att det i en stor internationell undersökning av vårdupplevelser visar sig att svensk vård brister i involvering av patienterna (Vårdanalys, 2014). I Sverige har endast drygt 30 procent av personer med kronisk sjukdom diskuterat målsättningen med sin vård med personalen – i Storbritannien och USA cirka 70 procent. Samordningen och helhetssynen på patienterna är låg. Endast 45 procent av svenskarna anser att de fått hjälp att koordinera sin vård jämfört med närmare 80 procent i flera andra länder.

### Rapporter från andra myndigheter och offentliga källor

Det har blivit allt vanligare att skyddsombud larmar om bristerna (Ström, 2014). En anmälan till AV kan göras enligt 6 kap 6a § i Arbetsmiljölagen. Ström redovisar att 6:6a-anmälningar närmast har fördubblats de senaste två åren. Hög arbetsbelastning, överbe-

läggningar och IT-system är problem som sticker ut. I en annan rapport visar sig skyddsombudsutbildningen plockats bort och att företagshälsovården har försvunnit. De psykosociala hälsoriskerna är stora. Alldeles för hög belastning. Detta kommer aldrig upp i den högre arbetsledningen. Exempel finns på att skyddsombud som alltför aktivt uppmärksammar brister på arbetsplatsen motarbetas och omplaceras för att inte få något inflytande. Kraven på lojaliteten sätter gräns för yttrandefriheten.

I en rapport från Arbetsmiljöverket (AV) framkom att det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) bara mäter nödvändiga rutiner och inte resultat (Bertling, 2015). 90 % av dokumenterade risker följs inte upp, det är mest tekniska risker som åtgärdas, mycket sällan organisatoriska risker. De kostnader som brister i arbetsmiljön medför borde synliggöras.

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har vid sitt övertagande av Socialstyrelsens tidigare uppdrag, deklarerat som sin policy att inte pricka enskilda personer då de granskar Lex Marior, utan riktar endast sin kritik mot systemet. Men i en självkritisk uppgörelse med sitt uppdrag som granskare, skriver Gunilla Hult Backlund (2015), generaldirektör för IVO, att vi måste börja reagera lika kraftfullt på överdokumentation som när vi konstaterar att viktiga händelser inte är dokumenterade. Enligt det internationella kvalitetsinstitutet Joint Commission är brister i kommunikationen den enskilt viktigaste orsaken till vårdskador, som står för 70 procent av alla så kallade händelseavvikelser i vården.

### Konsekvenserna av den ekonomistyrning som är en följd av New Public Management

Några nerslag i meddelanden från Dagens Medicin 2013:

*sjukskrivningar ökar; vårdavdelningar stängs; neddragningar av vårdplatser saknar all logik; AV vill se snabba åtgärder för att minska den höga stressnivån; AV ger förelägganden om vite mot landsting för brister i arbetsmiljön; all fler klagar på stress; kritik riktas mot uppifrånstyrningen; kriskommission efterfrågas i Skåne; läkarstudenter strejkar för god vård; vårdcentraler får betala miljonvite för oskälig fakturering.*

Dagens Medicin 2015 har fortfarande alarmerande rapporter om missförhållanden i vården, men förmedlar också annonser som blickar framåt: Vem ska rädda psykiatrin? Dags för en nollvision i patientsäkerhetsarbetet?

### Brukare och klientorganisationer

Representant från Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) beskriver kontakten med psykiatrin som att ”problem ska bockas av och ett av dem är självmordsrisk” – ’tickbox mentality’ (Lapsley, refererad i Frick & Johanson, 2013, s 31). Det ger en haltande tillit till behandlaren. Inga ”pinnar” ges till brukarinflytande. Patienterna blir ”konsumenter”. När personalen kodar kanske det inte räcker till en diagnos. Kraven finns på kort vårdtid och ansvaret ligger på patienten. ”Man känner att klockan tickar. Nu är allt ens eget fel. Borde valt andra föräldrar!”.

Från den psykiatriska slutenvården ges exempel på hur man under den tilltalande etiketten ”Releasing time to care” kan uppvisa motsatsen: Sjuksköterskan som delar ut medicin till patienterna har en skylt på ryggen: ”Stör ej – delar ut medicin!” Patienten som vill tala med sköterskan blir en *störningsfaktor*. Den *olönsamme* patienten bollas fram och tillbaka mellan vårdcentralens första linje-psykiatri och specialist-psykiatri.

På beroendekuten hinner man inte förankra information om vilken beroendemottagning i länet som den utskrivne hör till och kan få fortsatt hjälp med alkohol- och/eller drogproblem. Inte heller anhöriga får kännedom om möjlighet för fortsatt långsiktig hjälp.

### Röster från professionerna

Vittnesmål om tillståndet inom framförallt psykiatri i Stockholms län har kommit till uttryck, samt även inom Socialtjänsten som en viktig samarbetspartner för psykiatri, i synnerhet för beroendevården där. De som kommit till tals vid olika möten är läkare, psykiatriker, psykologer, psykoterapeuter, sjuksköterskor och socialsekreterare. Deras vittnesmål är viktiga att offentliggöra, men eftersom en ”illojal” visselblåsare idag lätt kan bli arbetslös har deras ”vittnesmål” anonymiserats.

*Nya administrativa system gör att patientsäkerheten är i fara. IT-systemen fungerar inte. Allt ska prissättas, patienter ska göra prioriteringar. Överadministrationen är ett gissel som tar tid*

*från patienten och från behandlingen. Inom BUP har barnen blivit vandrande pinnar. Samarbetet med privata mottagningar fungerar inte. Det handlar mer om kontroll än att skapa tillit. Utredningarna blir fler liksom medicineringar och korta symtombehandlingar med KBT. Patienten ges inte tid att artikulera sina behov vilket ger försämrad vård. Återbud blir rena förlustaffären. Mer ekonomiska ersättningar ges till nybesök, mer till läkare jämfört med andra professioner. Förnyat recept kräver besök. Om patienten blir bättre eller inte är inte intressant. Det viktigaste som ska göras är att svara i telefon, se till att patienten träffar läkare och fylla i KVÅ (Klassificering av vårdtätgård). 'Särskilda förberedelser' vid komplexa vårdbehov ger mindre betalt. Detaljer blir viktigare än helheten. Man måste hitta sätt att manipulera systemet.*

### Intervju med en kollega anställd inom Stockholms läns landstingspsykiatri

Hen berättar att när den sammanhållna journalen ”Take Care” skulle genomföras gick ingen information ut till patienterna. Patientsäkerheten handlade bara om att alla kan läsa allt om patienten. Informationen var bara på svenska. Ingen information gick ut i förväg om hur man kunde spärta journalen och hur tekniken skulle hantera det.

Arbetsledarna ska gå in och kontrollera journaler hos tre anställda per månad. Vilka som kontrolleras slumpas efter en lista. Detta görs för patienternas skull. Men det kan ju kännas oerhört obekvämt för arbets-

ledaren och som anställd kan man bli orolig för granskningen.

I journalsystemet finns en strävan att texten ska vara ”färdig” och underlättas med kryss i rutor. Den ska därmed vara likadan och jämförbar mellan behandlarna. Vid varje samtal ska den strukturerade självmordsriskbedömningen göras och skrivas in under de rätta rubrikerna. Det är flera underrubriker som måste klickas i fyra steg. Efter varje samtal ska även en diagnos registreras. Om en personlighetsstörning fylls i ska man första gången hänvisa till SCID II. Var tredje månad ska man skriva en sammanfattning. Man måste följa en checklista och registrera i kvalitetsregistren. Ens eget omdöme tillmäts då inget värde och det känns djupt kränkande för många. Mellan samtalen har man kort tid på sig att genomföra denna fragmenterade rapportering. Man hinner inte reflektera över det genomförda samtalet och tänka efter vad det handlade om. Det kan till och med hända under själva samtalet att tankarna upptas av vad man ska kryssa i journalen.

Målrelaterade ersättningar byts från år till år. Det kan handla om: att svara i telefon = tillgänglighet (om man inte svarar försvinner pengar, det faktureras vite). 80 % av patienterna ska ha träffat läkare under något av de tre första besöken. Sådana regler uppmuntar skenverksamhet och att överlista systemet blir ett mål i sig. I november varje år får man gissa vilka mål som sätts upp och vad som ska mätas.

Det finns inget utrymme att prata om kärnfrågor. Mänskliga möten blir varor. Allt kommer uppifrån hela ti-

den, någon annan säger vad vi ska satsa på. På min fråga om var i organisationen besluten tas blev svaret: vet inte.

Inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) arbetar man med Psykiatri 2015. Målet är att förbättra följsamheten till vårdprogram. En omorganisation har genomförts där patienten, utifrån en diagnos man får vid ställningstagandet/grovsorteringen i en ”Akut-, bedömnings- och konsultationsenhet”, hänvisas till någon av de subspecialiserade mottagningarna – åtta diagnosgrupper (bipolär, beroende, depression, ångest, emotionell personlighetsstörning, ADHD, autismspektrumstörning och schizofreni). Modellen kallas för en personcentrerad vård inom psykiatrin. Vården ska vara processorienterad. Lika vård och tillgänglighet ska råda. Processkartor ska utföras efter ett ramverk. Varje subspecialitet ska ha en ”processägare” som ska stå för uppdatering av kunskap. Man har sju kvalitativa mål, som mäts kvantitativt (vårdplan, patientens undertecknande, tid etcetera). Det finns inte längre något områdesansvar och man tar emot ”valfrihetspatienter”. Medarbetare uppfattar omorganisationen som ”akademisk psykiatri” där neuropsykiatriska diagnoser har blivit allt vanligare, en slags biologisering. Allmänpsykiatrin har också fått stora problem då tillgängligheten av droger har ökat.

Personalen inom denna psykiatri uppfattar attityden mot dem som mycket präglad av kontrolltänkande. Nedskärningar görs av behandlartjänster och alla är rädda om sina jobb.

På fikarasten går man hellre in på sina rum, människor är deprimerade och tystnad råder – det är låg grad av frihet i systemet.

Basutredningar, på ”miniminivå” för lägsta omhändertagandenivå, ska göras på alla nya patienter, som ska skatta sitt hälsotillstånd på EQ-5D (europaisk kvalitetsstandard), som till största delen har frågor som är lämpliga för somatiskt sjuka sängliggande patienter. I basutredningen ingår också Mini DSM (trots att man varnat för alltför tidig diagnostisering). Sjukdomens svårighetsgrad enligt CGI (Clinical Global Impression) ska skattas av behandlaren även om patienten svarar nej på alla frågor. Ytterst ska det vara en klinisk bedömning. Fem-sju månader senare ska skattningen upprepas = uppföljning och utvärderas – även om frågorna inte är aktuella och patienten ursprungligen svarat nej. Den kliniska bedömningen ska också följas upp. Men det görs inte. Risken är stor att man bara tittar på siffror och inte gör den kliniska bedömningen, vars erfarenhetsbaserade kunskap allteftersom kan förloras.

### Kommunernas socialtjänst

En viktig samarbetspartner för psykiatri och beroendevården är kommunernas socialtjänst. För en socialtjänsthandläggare i nuvarande system är ett ”bra” resultat = hålla budgeten. Akademikerförbundet SSR har kartlagt socialsekreterarnas arbetsmiljö, där Stockholms stad sticker ut. I hela landet anser så få som 33 % att man arbetar efter lagens intentioner – i Stockholm 19 %. I landet tycker

30 % att de inte arbetar professionellt – i Stockholm 47 %. Enligt Stockholms stads medarbetarenkät bland behandlingsassistenter och socialsekreterare anser 59 % att de hinner med sitt arbete, och 56 % anser att de inte har yttrandefrihet! Det är ekonomin och inte klienternas behov som styr verksamheten anser 68 %. Vilka försvarsstrategier använder man för att kunna arbeta i en sådan organisation?

### Strategier för att hantera kontinuerlig stress

Den största källan till kontinuerlig stress är att hantera obalansen mellan krav och resurser. Det får konsekvenser för hälsan och för kvaliteten på arbetet. Strategierna för att möta detta är kompensatoriska, kravsänkande och ”disengagement” enligt tidigare studier (Bertling, 2015):

*Kompensatorisk* – man tänjde på sig själv, utförde overtidsarbete, hade sjuknärvaro, flextid, hoppade över luncher, tankarna malde. På lång sikt blev dessa dysfunktionella och krävde *kravsänkande*. Man sänkte ambitionerna, sade upp sig, eller lade mer ansvar på barnens föräldrar (i Barnomsorgen). Man kompromissade med egna professionella bedömningar. Mer ansvar än rimligt lades på klienterna. Man slarvade med utredningar, gick på magkänsla och överlämnade ansvaret till chefer. Den moraliska stressen innebar att man rättfärdigade och legitimerade valet man tvingades göra genom eftertänkslösning. *Disengagement* förekom. Personalen blev uppgiven och drog sig undan kollegor och

gemensamma frågor. Professionell meningsförlust (vill inte arbeta med människor) och oro för den egna hälsan fanns.

En chef som inte håller budget blir avskedad. I fackförbundet Visions chefsrapport påtalas den fortgående chefsomsättningen. Kritik uppfattas som illojalitet bakom en image av meddelarfrihet. Ledarskapet kräver lydnad. Repressalier, rädsla och tystnad påverkar grundtryggheten och fortplantas ner i organisationen. Det växer en rädsla för sämre löneutveckling och dåliga referenser. Professionen skulle behöva kontroll över sin egen kunskapsproduktion och hög grad av autonomi. Men varje socialarbetare har en egen resultatenhets som ska granskas varje månad. Om man inte håller budgeten kan man som straff bli av med beslutsdelegationen och det ger inte meriter. Ekonomistyrningen är hård och kontrollmekanismer byggs upp där dokumentationskraven på klienterna tar över. Kritiska bedömare har lagt fram förslag på att reformera försörjningsbiståndet eftersom 25-30% går till administration av det. Detta blir inte relationsskapande och en kommandoekonomi utvecklas. Yrkesprofessionen kommer i konflikt med organisationsprofessionen.

### Tystnadens och lydnadens kulturer

Tystnaden på arbetsplatserna inom sjukvård och omsorg har ökat under senare år. Personalen går i ”inre exil” för att i smyg behålla sin värdighet – men blir då inte mentalt närvarande. Lien-Holte (2009) skiljer mellan fyra

olika kulturer som kan uppstå på olika arbetsplatser: *Defensiv tystnad* – här skyddar man sig själv, kollegor och ledningen från straff och exkludering; *eftergiven tystnad* – maktlöshet råder och känslan av att inte ha någon kompetens och att nedvärdera sin egen roll; *prosocial tystnad* – hövlighet råder och tacksamhet för att ha fått utbildningar etcetera; *passiv aggressivitet* – önskan om hämnd, viktig kritik hålls tillbaka för att det ska gå åt helvete.

Paulsen (2015) fann i sin intervjustudie flera olika slags typer av lydnad. Att lyda är att under maktpåtryckning göra vad man egentligen inte vill (s 135). Han fann tre lydnadstyper: *Förtvivlad lydnad* – leder för vuxna till att förtvivlan skjuts undan för att uppenbara sig på mer subtila vis. Sömnproblem, psykiska problem och magkatarr var omtalade arbetsåkommor (s 137). *Cynisk lydnad* – där förtvivlan sticker ut lindar cynismens mjuka depression in. Man gör det man ska ”sen om det blir skit eller inte är egentligen inte vår business” sammanfattade en informant (s 139). *Positiv lydnad* – har under lång tid uppmuntrats inom arbetsliv, inom medicin och i livet generellt. I litteraturen kan man se fyra teman: (1) Fokusera på det goda. (2) Klaga inte. (3) Föreställ dig goda resultat. (4) Ta individuellt ansvar för dåliga resultat (s 139). I denna nyttoinriktning ryms också *funktionell dumbet* (Alvesson & Spider, 2012). Den månar om att ”få saker gjorda” och undviker ”gnäll” kring mening och syfte. Är därmed också en livsfarlig dumhet. Med rasande effektivitet möjliggör den verkställandet av i princip vilka order som helst. Vem kan säga emot att ”man bör

göra det bästa av situationen”? (s 140).

### Makt, skam och ansvar

Filosofen Fredrika Spindler (2009) frammanar 1600-tals-filosofen Spinoza som en verkligt radikal tänkare i insikten om att individen ...

*ett alltid redan konstituerat, ointagligt och oreducerbart subjekt, för vars förmenta rättigheter och intressen ett oändligt antal maktstrukturer alltid är beredda att tala – inte är någonting som föregår det kollektiva utan tvärtom ständigt men outtalat formas av detta genom en komplex väv av affektiva trådar (s 19).*

Denna fråga är enligt Spindler brännande än idag ”i högsta grad i ekonomisk-politiska sammanhang” (s 19). Spinoza har även inspirerat den holländske klinikern och traumaforskaren Ellert Niejenhuis som hösten 2014 besökte Psykoterapimässan (se Psykoterapi nr 4, 2014). Denne menade att filosofens beskrivning av hur vi människor tenderar att tycka illa om och undvika personer som vi inte vet hur vi ska hjälpa eller hantera är träffande. På grund av de här personernas genomgångna trauman kan de vara obehagliga att lyssna på och det kan bidra till att de blir marginaliserade inom vården. *De får oss att känna oss otillräckliga.*

Berit Ås (1982) har haft stor betydelse för den feministiska rörelsen när hon myntade de fem härskarteknikerna: idealisering/nedvärdering, förlöjligande, osynliggörande/undanhållande av information, tystnad och påläggande av skuld och skam/dub-

belbestraffning. Ursprungligen var dessa ett försök att beskriva med vilka medel framför allt den manliga överordningen vidmakthålls i vårt samhälle. Idag kan man säga att de rent allmänt återspeglas i relationer mellan människor där såväl män som kvinnor kan vara utsatta och där skammande är det reglerande maktspråket. Skam kan vara den affektiva markör där ett tydligt maktspråk kan döljas. På arbetsplatsen, i vardagslivet och i den kliniska vardagen sker sådana markeringar oupphörligt och patienter, som redan är skamblockerade eller särskilt sårbara på grund av tidigare övergivanden och övergrepp, kan återigen bli utsatta om inte behandlare bemöter dem med respekt och empati. Paulsen (2015) menar i sin berättelse om Arbetsförmedlingen, att själva essensen i den förra regeringens arbetslinje är att arbetslösa ska må sämre (s 176). Hans iakttagelse bekräftas av Jönsson och Starrin (2000), som fann att risken för att arbetslöshet ska bli plågsam stiger med ökande grad av ekonomisk påfrestning och ökande grad av skamgörande erfarenheter, tydligare för kvinnor.

### Någons ansvar tar slut men ingen annans tar vid

På vårdkonferensen ”Hur får vi en bättre sjukvård?” anordnad på Handelshögskolan tog Mats Tyrstrup (2014) upp att problemen med ekonomistyrning i vården är att modellen grundar sig på produktion av exempelvis bilar och hangarfartyg. Där finns ingen dialog eller dialektik. Modulerna växer till sig, de blir fler och



fler. Att göra uppdelningar är en central idé, genom att göra enheter viktiga. Den byråkratiska industrilogiken kräver gränser. De organisatoriska mellanrummen innebär att någons ansvar tar slut men ingen annans tar vid. ”Men vård ska inte delas upp – utan fogas samman!” framhåller Tyrstrup. Vård är småskaligt hantverk och resultatet bästa möjliga livskvalitet. Börjar vi där löser sig resten (Tyrstrup, 2015). Den tidigare nämnda organisationsmodellen i SLSO avslutas: ”När den specialiserade psykiatrin inte längre har mer att erbjuda i form av behandling eller särskild uppföljning, som inte primärvården rimligen kan sköta, så avslutas patienten”. Även Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp (2015) framhåller att sjukvården inte är någon storskalig verksamhet utan består av ett stort antal unika möten, som inte låter sig inordnas i några enkla mått och där det professionella ansvaret är kärnan.

### **Ansvaret som försvann**

Ahlenius (2013) menar att tydliga processer för ansvarsutkrävande, konkreta möjligheter att ställa de styrande till svars, är centralt för ett medborgerligt förtroende. Verkschefer och andra höga ämbetsmän är underställda ett straffrättsligt ansvar enligt brottsbalken. Disciplinansvar prövas också enligt särskilda regler. Verksamhetscheferna är också ansvariga inför regeringen för sin myndighets resultat mätt mot regleringsbrev och andra regeringsbeslut. I staten finns en tydlig rollfördelning mellan politiker och tjänstemän. En sådan rollfördelning

saknas dock i kommunerna – enligt kommunallagen är politikerna ansvariga för all verksamhet. Ansvarsutkrävande sker genom allmänna val och fullmäktiges årliga ansvarsprövning. Exempel på usla affärer vid avknoppningar av kommunala verksamheter i Stockholm under 2008, som anmäldes till Ekobrottsmyndigheten, lades ner då åklagare inte kunde styrka uppsåt, vilket krävdes för straffansvar. Svaret utkrävs alltså inte av enskilda politiker som genomfört något klandervärt, utan av partier i de allmänna valen. Kommunerna har därför i stort sett undgått kritik och ingen har dragits inför skampålen.

### **Det personliga ansvarstagandet hos patienten**

Några som verkligen tar sitt personliga ansvar är dock patienterna själva. Robert Ohlsson (2009) refererar i sin avhandling till en studie som visar att deltagarnas kollektiva försök att i fokusgruppsamtal förstå sina problem, kretsade runt i vilken utsträckning de själva var ansvariga för att ha orsakat sina problem och vad deras personliga ansvar var att avhjälpa problemen. I vilken utsträckning bör eller måste vi lita till en medicinsk expert för att uppnå en lättnad i vår situation? Är droger den ultimata räddningen för dem med affektiva störningar? (s 9). I hans egna studier formulerades i informanternas samtal en skarp kritik av såväl primärvårdens som psykiatrens hanterande av problemen och bemötande av personer med psykisk ohälsa. Man beskriver både en ”bristande förståelse, ett trivialiserande av de egna

svårigheterna från vårdgivares sida” och en ”bristande kompetens” när det gäller den behandling som erbjuds. Brukarens relation till vårdgivarna framstår som präglad av en djupgående ambivalens. Å ena sidan ett starkt beroende då man är hänvisad till den offentliga hälso- och sjukvården både för att få problemen legitimerade och för att få den behandling som man själv menar är av avgörande betydelse för att problemen ska kunna hanteras. Å andra sidan upplevs vården som bristfällig och man beskriver upplevelser av att bli kränkt som hjälpsökande. Typiska erfarenheter var också *desillusionering* där man tvingas överge många förväntningar man har när man först söker hjälp. Den passiva mottagarrollen måste överges till förmån för en mer aktiv brukarroll. Man kan tvingas motsätta sig vårdgivarens ordinationer och behöva stöd från andra för att hävda sig i relationen till vårdgivaren.

I en avhandling vid Lunds universitet har Andreas Vilhelmsson (2014) på ett underlag av 600 patientberättelser konstaterat att det finns en motsättning mellan patient och läkare i tolkningen av symtom på psykisk ohälsa. Han citeras av Gunnarsson (2014):

*Många patienter var förvånade över hur snabbt de fick en depressionsdiagnos. Det är ett allvarligt fel om vi gör ett medicinskt problem av något som egentligen är en folkhälsofråga. Ohälsa som beror på strukturer och processer i samhället försvinner inte genom att skriva ut läkemedel till den enskilde.*

## Om människosynen och etiken

”Han ser mig som en maskin!” berättade en 19-årig flicka för sin psykoterapeut när hennes psykiater i vuxenpsykiatri dubblade den dos psykofarmaka, som hon tidigare fått i Barn- och ungdomspsykiatri för sitt tvångsmässiga beteende. Terapeuten som också var allmänläkare tillstyrkte hennes önskan att behålla den dos hon hade. Tillsammans trappade de efterhand ner dosen för att ett år senare helt sätta ut den då flickan inte längre behövde medicinen. (Med hjälp av psykoterapin mårde hon betydligt bättre och hade inte längre några tvångsmässiga beteenden.) Denna maskinmetafor kan sägas höra till den *mekanistiska människosyn* som hade sin utgångspunkt i 1600-talets vetenskapliga revolution. På samma sätt rörde det sig om att vinna kontroll över passionernas och drifflivets mekanik. Vi kan se spår av den i pliktetik (eller regeletik) som utgår från Kants *Det kategoriska imperativet*: ”Handla alltid efter den maxim om vilken du samtidigt kan vilja att den ska bli allmän lag.”

I dess efterföljd finns den utilitaristiska moralfilosofin där *aktörsmodellen* – handlingen ska få maximalt goda konsekvenser för så många som möjligt. Men den etik, där enbart riktlinjer och regler väntas påverka människors handlande, är otillräcklig på grund av principernas oförmåga att ge vägledning när komplicerade beslut måste fattas. *Personalismen* som också var en del av *Aristoteles dygdeetik* har fallit i glömska där kärnan var dygden som en genom övning förvärvad färdighet.

Många av våra klienter och patienter som vi möter i vården har det gemensamt att de kan ha svårt att känna omsorg om sig själva. De kan vara mycket självkritiska, stränga och fördömande mot sig själva och ibland kraftigt självdestruktiva. Stark skam dominerar ofta känslolivet. Det är därför inte enkelt att söka hjälp i vården beroende på vår kulturs ideal om självförsörjning och autonomi och den enskilda människans insikt om sin sårbarhet och beroende. Henriksen och Vetlesen (2001) för in begreppet *ansvar* som ett nyckelbegrepp i etiken. ”Ansvarskänsla” är en persons medvetenhet om andras beroende av hennes omsorg.

*[...] ingen människa blir en person utan moraliska subjekt som drar försorg om henne. Att mogna till person kräver en mänsklig annan. Men när har en människa mognat till ”person”? Jo, när hon själv blivit ett moraliskt subjekt, alltså givare av omsorg. Ståndpunkten som vi har arbetat oss fram till är därmed att förutsättningarna för att utvecklas till en person är desamma som förutsättningarna för att bli ett moraliskt subjekt. [...] en person mognar till att bli givare av omsorg genom erfarenheten av att själv ha varit mottagare av omsorg. Vi blir omsorgens subjekt i kraft av att ha varit dess objekt. (Henriksen & Vetlesen, s 37)*

Som vi sett av konsekvenserna av det ekonomiska styrsystemet där ekonomin har prioritet framför patientens vårdbehov, kan patienter med kroniska sjukdomar och därigenom komplexa vårdbehov bli alltmer undanträngda i vård och omsorg. Den *ansvarsdiffusion*,

som redan är förefintlig för denna patientgrupp och i synnerhet för människor med missbruk (Bertling, 2002) riskerar, genom bristande samverkan mellan de olika aktuella vårdgivarna, att överge patienten.

Paulsen menar att det mellan AF och närliggande myndigheter råder en kamp om att göra sig kvitt människor som hamnat utanför lönearbetet. Även andra myndigheter drivs av trycket på ”gröna siffror”. Gentemot Socialförvaltningen är arbetsförmedlarnas känsla ofta att de får ”ärenden” som skulle behöva annan hjälp än den AF kan erbjuda. Finns det dessutom missbruk inblandat är risken ännu större att personen kastas fram och tillbaka mellan myndigheterna. Ibland kan Socialförvaltningen och Försäkringskassan göra gemensam sak mot AF för att bli av med ett ”hopplöst fall”. Den som oftast blir sittande med Svarte Petter är AF (s 116).

*Samverkan*, som är den nödvändiga utgångspunkten för att kommunikationen mellan patient/klient och dennes olika vårdgivare ska fungera, försvåras om de senare av ekonomiska skäl undandrar sig vårdansvaret. *Personkontinuiteten*, den viktigaste behandlingskomponenten, brister i sin hållande funktion när den inte heller prioriteras. Leder ekonomistyrningen oss genom sin skamstruktur tillbaka till en mekanistisk människosyn? Blir vi varor på en marknad? Det är dags för professionerna att med kraft hävda sin kliniska förtroenhetskunskap.

## Referenser

- Ahlenius, I-B. (2013). Ansvaret som försvann. Dagens Nyheter, 22 juli.
- Alvesson, M. & Spicer, A. (2012). A Stupidity-Based Theory of Organizations. *Journal of Management Studies*, 49,7, 1194-1220.
- Areskog, L. m.fl. (2014). "Sverige sämst på patienters delaktighet i egna vården". Dagens Nyheter, Debatt, 23 december.
- Bertling, U. (2002). Psychopathology, treatment utilization and gender in relation to substance abuse. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet, Avdelningen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för psykoterapi.
- Bertling, U. (2015). Om ekonomistyrningens ansvarsförskjutning och skamstruktur – konsekvenserna för professionerna och patienterna ... *Psykoterapi*, 1, 18-29. [www.sn-dd.se](http://www.sn-dd.se).
- Frick, K. & Johanson, U. (2013). Kunskapssammanställning. Systematiskt arbetsmiljöarbete – syfte och inriktning, hinder och möjligheter i verksamhetsstyrningen. En analys av svenska fallstudier. Arbetsmiljöverket Rapport 2013:11. [www.av.se/publikationer/rapporter](http://www.av.se/publikationer/rapporter)
- Gunnarsson, P. (2014). Patienter förvånade över diagnos. *Läkartidningen*, 111,CTZS [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se) 2014-03-25.
- Hamberg, K. (2013). Artikel i Dagens Nyheter, 16 augusti.
- Henriksen, J-O. & Vetlesen, A.J. (2001). Etik i arbete med människor. Lund: Studentlitteratur.
- Hult Backlund, G. (2015). "För mycket dokumentation äventyrar patientsäkerheten". Dagens Nyheter, Debatt, 20 januari.
- Jönsson, L.R. & Starrin, B. (2000). Ekonomiskammodellen och reaktioner på arbetslöshet. *Sociälvetenskaplig tidskrift*, 3, 267-284.
- Lien-Holte, K. (2009). Hysj – En kritisk didaktisk relationsanalys av Curriculum Silentium; den skjutne policyen for taushet om arbetsrelaterat kritikk hos ansatte. *Forskningsrapport. Karlstad University Studies* 2009:35.
- Ohlsson, R. (2009). Representationer av psykisk ohälsa. Egna erfarenheter och dialogiskt meningsskapande i fokusgruppsamtal. Doktorsavhandling. Pedagogiska institutionen Stockholms universitet.
- Paulsen, R. (2015). Vi bara lyder – en berättelse om Arbetsförmedlingen. Roland Paulsen och Bokförlaget Atlas.
- Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness approved by APA August 2012, kan rekvideras från författaren.
- Riksrevisionen (RiR 2014:22). Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? [www.riksrevisionen.se](http://www.riksrevisionen.se)
- Riksrevisionen (RiR 2015:12). Har staten gett vårdgivarna tillräckliga förutsättningar att främja hög patientsäkerhet? [www.riksrevisionen.se](http://www.riksrevisionen.se)
- Spindler, F. (2009). Spinoza – multitudine, affekt, kraft. Glänta produktion.
- Ström, E. (2014). Allt vanligare att skyddsombud larmar om brister i sjukvården. *Läkartidningen*, 111, 12-13, 530-533.
- Svenska Läkaresällskapet arbetsgrupp (2015). En värdefull vård. Stockholm 26 juni.
- Tyrstrup, M. (2014). Föreläsning vid Vårdkonferensen "Hur får vi en bättre sjukvård?" 1 februari i arrangemang av Leading Health Care och Handelshögskolan, Stockholm.
- Tyrstrup, M. (2015). Sjukvårdens jätteorganisationer består av småskaliga hantverkare. Dagens Samhälle, 21, 12.
- Vilhelmsson, A. (2014). A pill for the ill? – Depression, Medicalization and Public Health. Doktorsavhandling. Lunds universitet.
- Vårdanalys Rapport 2014:11 Vården ur patienternas perspektiv – jämförelse mellan Sverige och 10 andra länder.
- Ås, B. (1982). Kvinnor tillsammans. Handbok i frigörelse. Malmö: Gidlunds.