

Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande

Enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010

EVA BEJEROT, docent i arbetsvetenskap, psykologiska institutionen, Stockholms universitet
eva.bejerot@psychology.su.se
GUNNAR ARONSSON, professor i psykologi, Stockholms universitet

HANS HASSELBLADH, professor i företagsekonomi, Örebro universitet
SUSANNE BEJEROT, psykiater, docent, Karolinska institutet, Stockholm

I denna artikel presenteras resultat från två enkäter som belyser förändringar i läkares arbetsmiljö mellan åren 1992 och 2010. Det finns flera indikationer på att läkares arbetsvillkor har försämrats under senare decennier. I Arbetsmiljöverkets och SCB:s studier har läkare identifierats som en yrkesgrupp med arbetsmiljöproblem [1, 2]. I Arbetsmiljöverkets rapport om negativ stress i arbetet var läkare – tillsammans med tandläkare, grundskolelärare och kassapersonal – de yrkesgrupper där det var vanligast med arbete under hög anspänning, dvs låg egenkontroll och lågt stöd från chefer och arbetskamrater [2]. Dessa studier som tidsmässigt ligger mellan våra två mätpunkter tyder på att det pågått en kontinuerlig förändring under tidsperioden. I denna riktning pekar också några andra studier som fokuserat på läkares arbetsvillkor i Sverige [3, 4]. Företeelsen är dock inte enbart svensk; det finns likheter med utvecklingen i flera andra länder [5, 6].

De frågeställningar som behandlas i denna analys är: Hur har läkares ställning och ansvarsposition förändrats? Har det skett förändringar avseende tid för kunskapsutveckling och fortbildning? Hur har läkarnas situation i fråga om krav, inflytande, stöd och återkoppling förändrats? Avslutningsvis försöker vi förstå resultaten i relation till den förändring av professionellt arbete som sker inte bara bland läkare utan även bland andra professioner i stora delar av västvärlden.

METOD

Ett 20-tal frågor om arbetsmiljö ingick i en enkät till läkare 1992. Dessa frågor ställdes ordagrant också i en enkät under 2010. Här kommer dessa båda kohorter att benämnas »1992 års läkare« respektive »2010 års läkare«.

Enkätfrågor

I de båda enkäterna ingår, förutom bakgrundsfrågor om kön, ålder, befattning och specialitet, frågor om arbetade timmar per vecka och antal timmar som i genomsnitt läggs på fortbildning/inläsning och forskning per vecka. I ett par frågor ombeds läkarna att bedöma sitt eget ledningsansvar: om de har något personallednings- eller verksamhets-/samordningsansvar. Nio frågor tar upp områden som i andra studier visats ha betydelse för individens hälsa: frågor om krav, kontroll och stöd i arbetet [7]. Två av dessa frågor handlar om inflytande, tre om krav och fyra om stöd i arbetet. Dessutom finns två frågor om att ge stöd som riktas till chefer enbart.

I studien ingår också frågor om kompetens, om närmaste chef har kompetens inom ämnesområdet, om man får an-

»I Arbetsmiljöverkets och SCB:s studier har läkare identifierats som en yrkesgrupp med arbetsmiljöproblem.«

vändning för sin högsta kompetens och om man upplever det som en press att försöka hålla jämna steg med kunskapsutvecklingen. En fråga handlar om resurser i relation till ansträngning. Dessutom ingår en analys av en fråga om trötthet efter arbetet.

1992 års läkare

Materialet från 1992 ingår i en stor studie av akademikers arbetsvillkor som gjordes vid Arbetsmiljöinstitutet under ledning av Gunnela Westlander [8, 9]. Alla dåvarande 24 Saco-förbund ingick. Enkäten skickades till ett obundet, slumpmässigt urval av ca 2 procent av medlemmarna i Sveriges läkarförbund: 508 läkare, 350 män och 158 kvinnor. Svarsprocenten var 71 procent för männen och 70 procent för kvinnorna.

2010 års läkare

En enkät skickades till ett obundet, slumpmässigt urval av 10 procent av Sveriges läkarförbunds medlemmar (där ca 83 procent av läkarkåren är medlemmar): 3 000 personer, 1 564 män och 1 436 kvinnor. Antalet besvarade enkäter var, efter ett flertal påminnelser och nya utskick, 1 937. Efter justering för ett förklarbart bortfall på 109 individer var svarsprocenten 67 (62 procent för männen och 69 procent för kvinnorna).

Bortfallsanalysen visade att det förelåg skillnader i svarsprocent mellan olika specialiteter (svarsprocent för specialiteter där fler än 100 enkäter besvarades: allmänmedicin 64 procent, anestesi/intensivvård 79 procent, barnmedicin 81 procent, internmedicin 48 procent, kirurgi 61 procent, psykiatri 73 procent, radiologi 81 procent). Vad gäller åldersfördelning och geografisk fördelning var överensstämmelsen mycket god mellan dem som besvarade enkäten och dem som ingick

■ sammanfattat

Syftet med studien var att undersöka förändringar i läkares arbetsvillkor med särskild inriktning på ledning, styrning och stöd. **Jämförelser gjordes** av enkätdata från två slumpmässiga urval 1992 (n = 390) och 2010 (n = 1 937). Stora förändringar framkom i flera avseenden. **Andelen läkare** som upplever sig ha något verksamhetsan-

svar har minskat med 45 procentandelar, från 76 till 31 procent.

Mycket stora försämringar framkom vad gäller stöd i arbetet.

Tiden som läggs på fortbildning/inläsning och forskning har minskat.

Utnyttjandet av läkarnas högsta kompetens har minskat.

TABELL I. Ansvarsposition och chefens kompetens. Frekvenser, procentuell fördelning och statistiskt test avseende 1992 och 2010 års läkare.

	1992 års läkare n = 362 ^a		2010 års läkare n = 1937 ^b		t	P <
	n	procent	n	procent		
Har du något verksamhets-/ledningsansvar?					18,21	0,001
Nej	107	31,0	1 369	76,7		
Ansvar på klinisknivå	93	27,0	195	10,9		
Ansvar på enhetsnivå	79	22,9	157	8,8		
Ansvar på högre nivå	66	19,1	63	3,5		
Har din närmaste chef kompetens inom ditt ämnesområde?					-5,73	0,001
Ja, helt och fullt	236	70,4	937	49,1		
Ja, till vissa delar	59	17,6	521	27,3		
Nej, knappast	40	11,9	351	18,4		
Vet ej/Har ej chef ¹	–	–	101	5,3		

^a Internt bortfall (n = 17–27). ^b Internt bortfall (n = 128–153).

¹ Svartalternativ inte med i 1992 års enkät och ingår inte i t-test.

i bortfallet. Studien har godkänts i den regionala etiknämnden. Studien baseras på ett stort stickprov från två oberoende urval. Statistiska analyser av skillnader mellan de två årtalen utfördes med χ^2 - respektive t-test SPSS version 19 för samtliga analyser. För att kontrollera skillnader och eventuella interaktionseffekter avseende ålder och kön användes oberoende variansanalys.

RESULTAT

Läkarna var åldersmässigt mer jämnt fördelade 2010 än 1992, då det fanns få läkare i de äldre åldersgrupperna. Analysen visar också att det i dag finns en större andel läkare från länder utanför Norden. Andelen kvinnor i läkarkåren har ökat avsevärt under perioden. Från att ha utgjort mindre än en tredjedel av 1992 års läkare är drygt hälften av 2010 års läkare kvinnor. För 2010 års läkare utgörs den yngre åldersgruppen (25–34 år) till 61 procent av kvinnor, medan andelen kvinnor i den äldre gruppen (55–64 år) är 46 procent.

Timmar i arbete, fortbildning och forskning

År 1992 arbetade en stor andel läkare mer än 40 timmar per vecka. Det gjorde man inte 2010, och bland 2010 års läkare fanns också en större andel som arbetar deltid. Den tid som används för kunskapsutveckling och förkovran har minskat; bland 1992 års läkare fanns 10 procent som inte lade någon tid på fortbildning och inläsning. Motsvarande andel bland 2010 års läkare var 19 procent. Avseende forskning har andelen som inte alls ägnar sig åt detta ökat, från 55 procent 1992 till 71 procent 2010.

Ansvarsposition och kompetens

Andelen läkare som är specialist- och överläkare har ökat något, medan andelen som är verksamhetschefer eller liknande har halverats, från 12 till 6 procent mellan 1992 och 2010. En variabel som mäter verksamhetsansvar visar hur läkarna själva bedömer sin ansvarsposition. År 1992 angav 19 procent av läkarna att de hade verksamhetsansvar på en högre nivå i organisationen; 2010 gällde detta för knappt 4 procent. Andelen som angav att de inte hade något verksamhetsansvar över huvud taget har stigit från 31 till 77 procent av läkarkåren under den undersökta perioden (Tabell I). Samma förändring finns avseende personalledning (t = 22,27; df = 2112; P < 0,001).

Bland 2010 års läkare var det färre som ansåg att deras närmaste chef »helt och fullt« har kompetens inom respondentens ämnesområde än bland 1992 års läkare; andelen på 70 procent 1992 har minskat till 49 procent 2010 (Tabell I). Lä-

■ fakta 1

Öppen databas för jämförelser av läkares arbetsvillkor

- En användarvänlig databas har skapats, där svaren på många av frågorna i enkäten kan jämföras direkt på Internet.
- Att generera en databas var ett löfte till läkarna som besvarade enkäten och ett sätt att höja motivationen för deltagande i studien.
- Databasen ger återkoppling på en detaljeringsgrad som inte kan redovisas i skriftliga rapporter.
- Med hjälp av databasen

kan läkare själva analysera skillnader i arbetsmiljö mellan exempelvis medicinska specialiteter, mellan landsting eller mellan driftsformer i vården.

- Samtliga variabler som presenteras i denna artikel finns presenterade i databasen, både resultaten från 1992 och 2010 års enkäter.
- Databasen finns länkad från webbplatsen <<http://www.pifokus.se>> eller direkt <<http://data.pifokus.se>>.

karna rapporterade också att de i betydligt mindre omfattning får användning för sin högsta kompetens i sina arbetsuppgifter. Bland 2010 års läkare var andelen som använde sin högsta kompetens »hela arbetstiden« 8 procent jämfört med 24 procent bland 1992 års läkare. I frågan om huruvida man uppfattar det som en press att hänga med i kunskapsutvecklingen var det signifikant färre som upplevde en sådan press 2010 än 1992.

Sammantaget får läkarna använda sin kompetens i mindre utsträckning 2010 och upplever också en svagare press att hänga med i utvecklingen. En fråga om resurser i relation till ansträngning visade på ett tydligare sådant samband 1992 än 2010. Medan 44 procent menade att det fanns ett positivt sådant samband 1992 var motsvarande siffra 23 procent 2010.

Inflytande, krav och stöd i arbetet

Läkarnas inflytande över beslut på avdelningsnivå har minskat mellan 1992 och 2010. Medan 28 procent av 1992 års läkare angav att de »oftast« hade tillräckligt inflytande på avdelningens beslut var motsvarande andel 18 procent år 2010 (Tabell II). I frågan om inflytande över det egna arbetet var förändringen över tid inte signifikant. I svaren på de tre frågor som avhandlar krav i arbetet var det endast på ett område som läkarna rapporterade en försämring över tid, nämligen svaren på om antalet arbetsuppgifter menligt påverkar möjlighe-

TABELL II. Inflytande och krav i arbetet. Frekvenser, procentuell fördelning och statistiskt test avseende 1992 och 2010 års läkare.

	1992 års läkare n = 362 ^a		2010 års läkare n = 1937 ^b		t	P <
	n	procent	n	procent		
Tycker du att du har tillräckligt stort inflytande på beslut som gäller den avdelning där du arbetar?					-4,51	0,001
Ja, oftast	99	28,4	345	18,1		
Ja, ganska ofta	86	24,6	406	21,3		
Ja, ibland	77	22,1	551	28,9		
Nej, sällan	69	19,8	499	26,2		
Nej, aldrig	18	5,2	106	5,6		
Har du så många arbetsuppgifter att det inverkar negativt på dina möjligheter att arbeta effektivt?					-4,04	0,001
Ja, oftast	20	5,7	185	9,7		
Ja, ganska ofta	71	20,1	507	26,5		
Ja, ibland	154	43,6	786	41,1		
Nej, sällan	97	27,5	376	19,7		
Nej, aldrig	11	3,1	58	3,0		

^a Internt bortfall (n = 9–13). ^b Internt bortfall (n = 25–30).

TABELL III. Stöd i arbetet. Frekvenser, procentuell fördelning och statistiskt test avseende 1992 och 2010 års läkare.

	1992 års läkare, n = 362 ^a		2010 års läkare, n = 1937 ^b		t-test	
	n	procent	n	procent	t	P <
Jag har möjlighet att prata om svårigheter i mitt arbete med min närmaste chef/arbetsledare					-11,68	0,001
Stämmer helt	151	44,7	260	13,9		
Stämmer mycket bra	84	24,9	485	26,0		
Stämmer ganska bra	47	13,9	408	21,9		
Stämmer i viss mån	30	8,9	478	25,6		
Stämmer inte alls	26	7,7	235	12,6		
Jag får den uppmuntran och det stöd jag behöver av min närmaste ledning					-7,50	0,001
Stämmer helt	82	24,1	183	9,8		
Stämmer mycket bra	95	27,9	415	22,3		
Stämmer ganska bra	71	20,9	458	24,6		
Stämmer i viss mån	51	15,0	502	26,9		
Stämmer inte alls	41	12,1	307	16,5		

^a Internt bortfall (n = 22–24). ^b Internt bortfall (n = 71–72).

ten att arbeta effektivt (Tabell II). Om antalet arbetsuppgifter faktiskt har ökat eller om de bara är mer hindrande i dag än tidigare kan man inte utläsa av svaren.

I svaren på fyra frågor om stöd och uppmuntran från närmaste chef visar läkarna stor skillnad över tid, exempelvis om man kan tala om svårigheter i arbetet med sin närmaste chef. Andelen som menar att detta stämmer »helt« eller »mycket bra« har minskat från 70 procent 1992 till 40 procent 2010. Andelen som svarade att de får det stöd och den uppmuntran de behöver från närmaste ledning (stämmer »helt« eller »mycket bra«) har minskat från 52 procent 1992 till 32 procent 2010 (Tabell III).

Variansanalys av svaren på frågorna om krav, inflytande och stöd visar att det inte finns interaktionseffekter mellan ålder och studiens årtal eller mellan kön och årtal. Kvinnor hade visserligen något större problem med krav och inflytan-

de i arbetet, men förändringen över tid mellan 1992 och 2010 var densamma för manliga och kvinnliga läkare.

Läkare med någon form av verksamhets- eller samordningsansvar (1992: n = 238; 2010 n = 414) svarade på påståendet att de kunde »fördela arbetet så att tid finns för att ge personalen den uppmärksamhet som behövs«. Analysen visade att 37 procent av 1992 års läkare med verksamhetsansvar svarade att detta stämde »helt« eller »mycket väl«, medan motsvarande andel 2010 var endast 15 procent (5-gradig skala, 1992 M = 2,89, SD 1,09; 2010 M = 3,43 SD 1,09; t = -5,35; P < 0,001). Samtidigt var andelen som instämde i att de hade »någon form av mellanställning som är svårhanterlig i mitt ledningsansvar« minskat: från 41 procent 1992 till 28 procent 2010 (5-gradig skala, 1992: M = 3,13, SD 1,37; 2010: M = 3,34, SD 1,37; t = -2,44; P = 0,015).

Således hade 2010 års läkare med ledningsansvar mindre tid för sin personal, men de upplevde också i mindre utsträckning att de hade en besvärlig mellanställning, vilket kan antas hänga samman med förändrad inriktning i ledningsarbetet.

Trött efter arbetet

Tre frågor om trötthet ingick i båda studierna. Vad gäller kroppslig och psykisk trötthet efter arbetet fanns det inga sig-

»Ett oroväckande resultat är att 2010 års läkare upplever svagare press att följa med i kunskapsutvecklingen än 1992 års läkare ...«

»... reformerna präglas också av djup misstro till professionernas krav på självständighet.«

nifikanta skillnader mellan de två studierna. I svaren på frågan om hur ofta »du är så trött efter arbetet att du har svårt att ta dig för något, t ex att motionera, utöva någon hobby, träffa vänner och bekanta« fanns dock signifikanta försämringar; 1992 var det 10 procent som rapporterade att man »ofta« var så trött efter arbetet, jämfört med 18 procent 2010 (5-gradig skala, 1992: $M=2,89$, $SD\ 1,03$; 2010: $M=2,72$, $SD\ 1,15$; $t=2,72$; $P=0,007$).

I 1992 års studie fanns en enda svag men signifikant korrelation mellan trötthet efter arbetet och de fyra frågorna om stöd från närmaste chef (påståendet »får den uppmuntran och stöd jag behöver« $r=-0,11$; $P=0,029$). I 2010 års data fanns däremot tydligt signifikanta korrelationer mellan trötthet och alla fyra frågor om stöd ($r=-0,20$ till $-0,26$; $P<0,001$). Enligt våra variansanalyser förklaras inte den ökade andelen läkare som rapporterar att de ofta är för trötta efter arbetet för att göra något av sin fritid av demografiska förändringar i könssammansättning eller åldersfördelning.

DISKUSSION

Sammantaget visar läkarnas svar i de båda enkäterna tecken på försämringar i några av arbetsmiljöns nyckeldimensioner under perioden 1992–2010. När det gäller stöd och återköp-

ling i arbetet är förändringarna snudd på dramatiska, liksom när det gäller den kraftiga minskningen av andelen läkare som rapporterar att de har ett verksamhets-/samordningsansvar eller personalansvar.

Mindre av egen förkovran och forskning

Ett oroväckande resultat är att 2010 års läkare upplever svagare press att följa med i kunskapsutvecklingen än 1992 års läkare, och att de också har mindre tid än tidigare för detta. Möjligen kan resultatet tolkas mot en bakgrund av förskjutningen i ansvarsfördelning; minskas ansvaret för verksamheten så är man inte längre »ansiktet utåt« och pressen på egen förkovran minskar. En annan förklaring kan vara att färdiga vårdprogram och scheman inneburit en form av standardisering, som blivit en ersättning för att själv läsa och lära.

Forskning är inte bara hårt trängd som verksamhet inom hela det svenska sjukvårdssystemet, den har också fått ett väsentligt lägre meritvärde [10]. En allt mindre andel av cheferna har samma professionella bakgrund som läkarna; i 2010 års enkät fanns frågor om huruvida närmaste chef och verksamhetschef var läkare eller inte, och närmare 30 procent svarade att dessa inte tillhörde professionen. Men klinikchefer, oavsett bakgrund, tillmäter klinisk forskning mindre betydelse än andra aspekter av verksamheten [10].

Färre har ledningsansvar

Att betydligt färre bland 2010 års läkare än bland 1992 års lä-

kare upplevde sig ha ledningsansvar behöver i det individuella fallet inte alls innebära sämre arbetsmiljö eller ens mindre inflytande över det egna arbetet. Men läkarkärens avtagande representation på ledningsbefattningar medför minskad möjlighet att påverka utvecklingen i sjukvården. Om förändringen bottenar i att organisationen blivit plattare och att en stor del av chefstjänsterna försvunnit kan inte utläsas ur denna studie, men en analys av ålderssammansättningen visar att en stor andel av 2010 års läkare är över 50 år, varför minskningen av chefspositioner knappast kan bero på brist på erfarna sökande.

Orsakssamband, reformer och inflytande

Vårt material består av tvärsnittsdata från två tillfällen, vilket innebär att direkta orsakssamband inte kan beläggas. Bortfallet är omkring 30 procent, men bortfallsanalysen visar på god överensstämmelse med respondenterna, förutom att män var något mindre benägna att besvara enkäten. Det finns skillnader i svarsfrekvens mellan specialiteterna, men med viss försiktighet kan studien ändå betraktas som representativ för den svenska läkarkärens arbetsförhållanden år 2010/2011.

Att försöka fånga vad reformer och organisationsförändringar på makronivå innebär för arbetsmiljön är en komplex uppgift, som bäst löses genom en kombination av kvalitativa och kvantitativa studier. Dessvärre finns ett gap mellan å ena sidan kvalitativ samhällsforskning som belyser institutionell förändring och nya former av styrning på nationell nivå och å andra sidan kvantitativa arbetsmiljöstudier om individers och gruppers upplevelser av förändringar [11]. Att sammanföra dessa två områden är ett viktigt steg i den fortsatta forskningen om svensk offentlig sektor, inte minst sjukvården.

Ett försök i den riktningen finns i en artikel om anmälningar [12] baserad på samma material som föreliggande studie. Här visas att strukturella faktorer som omorganisationer och seniora läkares inflytande på verksamheten har samband med antalet anmälningar. Preliminära analyser visar att dessa faktorer också har betydelse för stödet från närmaste chef. Vi avser att återkomma med analyser om detta.

Offentlig sektor som varuproduktion

Under de senaste två decennierna har den väg av förändringar inom offentlig sektor som varit särskilt stark i Norden, Stor-

britannien, Holland, Australien och Nya Zeeland analyserats i hundratals vetenskapliga arbeten. De forskare som analyserar och kritiserar dessa reformer från utsidan använder samlingsbenämningen new public management (NPM). Kunskap om NPM ger en bakgrund som placerar förändringarna av arbetsvillkoren i ett större sammanhang.

I korthet baseras dessa förändringar inom offentlig sektor på övertygelsen att offentliga tjänster kan rationaliseras kontinuerligt, på samma sätt som varuproduktion, och reformerna präglas också av djup misstro till professionernas krav på självständighet [13]. Förändringar har därför ofta innefattat såväl besparingar som nya metoder för att styra och kontrollera de professionella yrkesgrupperna [14-19].

Ser vi en profession i fritt fall?

New public management utmanar den professionella logik som varit dominerande sedan den moderna sjukvårdens tillblivelse [20] med en »ny logik« som premierar standardisering, mätning, kontroll och produktivitet. Våra resultat pekar i denna riktning, inte minst i fråga om sådant som brukar anses typiskt för professionella organisationer, såsom kollegialt ledarskap, att forskning och utveckling är integrerade i de dagliga arbetsuppgifterna och en känsla av att ha ansvar för verksamheten. Mot bakgrund av dessa fakta och den aktuella studien menar vi att det är motiverat att ställa frågan om vi ser en profession i fritt fall.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Studien har finansierats genom forskningsanslag från AFA Försäkring och Vinnova. Sveriges läkarförbund har bidragit både finansiellt och med kunskap och stöd från Arbetslivsgruppen. Mats Gautam var forskningsassistent under datainsamlingen, och Joakim Westerlund, psykologiska institutionen, Stockholms universitet, har granskat statistiken.*

[Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se](#)

REFERENSER

- Arbetsmiljöverket. Läkare. Korta sifferfakta nr 10:2005. Stockholm: Arbetsmiljöverket, Statistikenheten.
- Arbetsmiljöverket, Statistiska centralbyrån. Negativ stress och ohälsa. Inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande socialt stöd i arbetet. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2001.
- Arnetz B, Petersson O, Prag M. Läkare mår allt sämre. Resultat från en prospektiv interventionsstudie: den psykiska energin minskar samtidigt som produktionskraven ökar. *Lakartidningen*. 2002;99(22):2496-504.
- Arnetz B, Sverke M, Forsberg E. Nytt ekonomiskt styrsystem kan påverka läkarnas arbetsmiljö. *Lakartidningen*. 2002;99(22):2529-30.
- Edwards N, Kornacki MJ, Silverstein J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ*. 2002;324:835-8.
- Nilsson G. Har det blivit sämre att vara doktor? *Lakartidningen*. 2004;101(34):2582-4.
- Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
- Aronsson G, Lantz A, Westlander G. Akademiker under 90-talet. En studie av SACO-medlemmarnas arbetsvillkor. Undersökningsinstrumenten och studiens bakgrund. Solna: Arbetsmiljöinstitutet; 1992. Undersökningsrapport 1992:11.
- Westlander G, redaktör. På väg mot det goda arbetet. Om akademikers arbetsvillkor. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1995.
- SOU 2009:43. *Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården*. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2009.
- Barley SR, Kunda G. Bringing work back in. *Organization Science*. 2001;12(1):76-95.
- 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. *Lakartidningen* 2011;108(49):2501-4.
- Power M. *The audit society. Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
- Hall P. *Managementbyråkrati: organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. Malmö: Liber; 2011.
- Bejerot E, Astvik W. När patienten blir kund. Nya stressorer och strategier i läkarens arbete. Växjö: Växjö universitet; 2009. Arbetsliv i omvandling 2009:2.
- Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson RÅ, redaktörer. *Bortom New Public Management – institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta; 2008.
- Bejerot E, Hasselbladh H. Professional autonomy and pastoral power: the transformation of quality registers in Swedish health care. *Public Administration*. Epub 6 juli 2011.
- Waring J, Currie, G. *Managing expert knowledge: organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession*. *Organization Studies*. 2009; 30(07):755-78.
- Newman J, Clarke J. *Publics, politics & power. Remaking the public in public services*. London: SAGE; 2009.
- Freidson R. *Professionalism: the third logic. On the practice of knowledge*. Chicago: University of Chicago Press; 2001.