

Konstruktiva strategier för att hantera stress bland disputerade specialistläkare vid ett universitetssjukhus

Rapport 2005

John Boman, fil. dr. sociologi^{1,2}
Sara Lindfors, fil. mag. hälsopsykologi³
Cecilia Nordqvist, sociolog²
Louise Nordström, leg psykoterapeut, socionom²
Kristina Alexanderson, socionom, professor^{2,3}

²Avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap, Institutionen för hälsa och samhälle, samt ¹Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings Universitet

³Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm



HÄLSOUNIVERSITETET
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Introduktion.....	4
Allmänt om stress.....	4
Stress inom hälso- och sjukvården	6
Att bemästra stress.....	7
2. Kontext och syfte	9
3. Metod	10
Studiepopulation.....	10
Intervjuguiden.....	11
Intervjuer	11
Dataanalys	12
4. Resultat.....	13
Att ta en sak i taget	13
Att sätta gränser	15
Att skapa tid.....	15
Att våga säga nej	16
Allt behöver inte göras	17
Inse sina begränsningar	19
Att träda undan ett tag.....	20
Att uppleva ett sammanhang.....	21
Att ha kontroll.....	23
Det löser sig.....	24
Att göra något annat för att hämta kraft	24
5. Diskussion	25
6. Referenser	29

Rapporten går att ladda ner på:

www.ki.se/cns/forsakringsmedicin > publikationer, > svenska rapporter
eller från www.ihs.liu.se/socialmedicin/publikationes >2005

Den kan även beställas ifrån Kajsa Rothman telefon 013 22 23 83,
kajsa.rothman@ihs.liu.se

Sammanfattning

I en tidigare studie framkom att disputerade specialistläkare anställda vid universitetssjukhus upplever stress både ofta och i hög grad från ett flertal olika faktorer. Utifrån detta genomfördes en studie för att få kunskap om vilka konstruktiva strategier som de använder för att klara av sin arbetsituation, med uppgifter inom såväl kliniskt arbete som undervisning och forskning.

I denna rapport redovisas resultatet av analyser av data från fem fokusgruppintervjuer med disputerade specialistutbildade läkare, anställda vid ett universitetssjukhus.

Kvalitativa analyser av data från fem fokusgruppintervjuer med sammanlagt 17 disputerade läkare har genomförts och elva olika bemästringsstrategier identifierades. Dessa är; Att ta en sak i taget, Att sätta gränser, Att skapa tid, Våga säga nej, Allt behöver inte göras, Inse sina begränsningar, Att träda undan ett tag, Att känna sammanhang, Att känna kontroll, Det löser sig, samt Att göra något annat för att hämta kraft. Ett brett spektra av bemästringsstrategier för att hantera stress användes alltså. Många var kognitiva, andra handlade om att förebygga att stressande situationer uppstår, eller om att hantera stress när den uppstod.

1. Introduktion

Så här beskriver en läkare sina tankar kring stress:

... det är viktigt att man själv känner att man orkar med, kan det man ska göra. Och jag tror också att när man går in i väggen eller vad man nu ska kalla det, att det beror på att man inte längre kan styra kraven på sig själv. Alltså om någon ställer krav som är för stora eller krav som är för tråkiga eller krav som inte passar för den personen, då blir det inte roligt längre. Men så länge...man kan ha jättemycket att göra och trivas med det, och tycker det är jättekul, så länge det går bra. Så länge man får ut något positivt för sig själv. Men när man inte längre får det tror jag att – då blir det negativ stress.

Vad är det för erfarenheter som förmedlas här? Det handlar om att kunna kontrollera sitt liv, om att tycka arbetet är roligt; att kraven är rimliga. Läkarens erfarenheter berättar också om att det är möjligt att arbeta mycket och hårt, givet att arbetet ger något positivt.

I denna rapport redovisas resultatet av analyser av data från fem fokusgruppintervjuer med disputerade specialistutbildade läkare, anställda vid ett universitetssjukhus. Ämnet för intervjuerna var vilka strategier läkarna använder för att hantera stress. Ett antal strategier identifierades vid analysen. Det är dessa som bildar stommen för denna rapport.

Studien har finansierats av Landstinget Östergötland, Hälsouniversitetet, Linköpings Universitet, Karolinska Institutet samt Svenska Läkaresällskapet.

Vi tackar de intervjuade för att generöst ha delat med sig av sina erfarenheter.

Allmänt om stress

Inom stressforskningen återfinns både ett fysiologiskt och ett psykologiskt perspektiv. Utifrån ett fysiologiskt perspektiv, som bl.a. Selye (1) förespråkar, ses stress som kroppens svar på alla yttre och inre påfrestningar. Om kroppen utsätts för belastning startar en neurofysiologisk reaktion som maximerar den fysiska ansträngningen. Denna reaktion lämpar sig mer för en snabb insats, och denna fysiska aktivering är inte alltid lämplig för de mer långdragna stressmoment många upplever i dagens arbetsliv och samhälle (2).

Lazarus (3) har tagit fram en modell om psykologiska aspekter i stressreaktionen, där fokus är på förhållandet mellan individen och miljön. Den enskilde individen gör ett 'primary appraisal' av situationen och bedömer den som antingen positiv, negativ eller neutral. Det centrala är alltså individens uppfattning om huruvida en situation är stressande eller ej och hennes värderingar av egna resurser i förhållande till krav. Enligt Lazarus går det ej att generalisera vilka faktorer, i t.ex.

arbetsmiljön, som är stressande eller inte, eftersom enskilda individer uppfattar dessa på olika sätt.

Trots detta, kan det vara meningsfullt att göra klassificeringar av faktorer i t.ex. arbetsmiljön, som leder till stress. Stressforskare är idag överens om att obalans mellan den omgivande miljöns krav, resurstilldelning och individens inflytande över dessa, har avgörande betydelse. Om kraven är höga och kontrollen låg, ökar risken för negativ stress (2). Karasek (4) har utvecklat en modell för detta, den så kallade krav- och kontrollmodellen, enligt nedan.

Krav och kontrollmodell Karasek/Theorell, 1990 (5).

		Krav	
		Låg	Hög
Kontroll	Hög	Låg Belastning	Aktiv
	Låg	Passiv	Hög belastning

Centrala inslag i modellen är vilka krav som arbetet ställer, dvs. hur mycket energi som krävs för att klara av arbetet, respektive det handlingsutrymme individen har för att leva upp till kraven och mobilisera energi. Ett arbete som innebär en kombination av höga krav och låg kontroll över arbetet, leder till hög belastning och hög risk för stress, medan en arbetssituation där kraven är höga och personen har stor kontroll, ses som en aktiv situation och enligt teorin är chansen att personen kommer att utvecklas och lära sig nya saker stor (2, 4). Modellen har senare utökats och inkluderar även så kallat socialt stöd från kollegor (5). Socialt stöd kan t.ex. innebära möjlighet att hantera stress i arbetet.

En annan modell som erbjuder en förklaring till hur stress kan uppstå i arbetet är Siegrist's ansträngning-belöningmodell (6). Den bygger på förhållandet mellan hur mycket individen anstränger sig i arbetet och på de krav som ställs av arbetet och vad denne får för belöning i förhållande till ansträngningen. Här uppstår stress då man lägger ner stor ansträngning i att utföra arbetet, men inte blir adekvat belönad i form av t.ex. uppmärksamhet.

Följaktligen har en individs psykosociala miljö central betydelse för om en situation upplevs som stressande eller inte. Här kan man skilja på primär och

sekundär miljö. Den förstnämnda inkluderar t.ex. familjeförhållanden. Med sekundär miljö menas t.ex. individens förhållanden på arbetet och fritiden (7). Utifrån detta kan tre aspekter beaktas. 1; Vilka krav – direkta och indirekta – som ställs på individen inom den primära och sekundära miljön. 2; Vilket stöd – direkt och indirekt – som individen har i de olika miljöerna. 3; Grad av faktisk upplevelse av problem i såväl den primära som sekundära miljön (7).

Stress inom hälso- och sjukvården

Personer som arbetar inom hälso- och sjukvården löper enligt ett flertal studier (8-12) en stor risk att utsättas för stressrelaterad sjuklighet. Detta gäller bl.a. skiftande arbetstider, ansvar för att fatta svåra beslut som på ett avgörande sätt kan påverka andra människor, och relationer till patienter.

När det handlar om personer med tredelade tjänster som läkare, forskare och lärare inom hälso- och sjukvården saknas en enhetlig bild eftersom studier av detta slag är ovanliga. Det finns dock ett antal studier (10-16) som undersökt läkares psykosociala hälsa och sjuklighet. Generellt sett har läkare och andra anställda inom hälso- och sjukvården en högre stressnivå än andra inom arbetslivet (17). I en översiktsartikel skriven av Thyssen (10) framkommer det t.ex. att 10 procent av norska läkare allvarligt funderat på att ta sitt liv. Thyssens (10) genomgång visar även att 80 procent av de studerade läkarna arbetat med ett sjukdomstillstånd som de skulle ha sjukskrivit sina patienter för. Vidare, skriver Sveriges läkarförbund (18) i en rapport om läkares arbetssituation, att 'hälften av alla läkare känner sig ofta eller mycket ofta psykiskt uttröttade efter arbetet. Nästan var fjärde läkare lever ofta eller mycket ofta med perioder av trötthet och nedstämdhet på grund av arbetet'.

Flera studier visar på hög självmordsrisk bland läkare, speciellt bland kvinnliga läkare (19-21). I litteraturen finns ett flertal exempel på att kvinnliga läkare utsätts för speciell stress i arbetet.(22).

Det finns, enligt Thyssen (10), vissa skillnader i stressrelaterad sjuklighet mellan kvinnliga och manliga läkare och mellan läkare och den övriga befolkningen. Kvinnliga läkare har generellt sett en bättre psykisk hälsa än andra kvinnor. Manliga läkares psykiska hälsa däremot är på samma nivå som övriga mäns. Specifika skillnader mellan könen är framförallt att äldre kvinnliga läkare tenderar att drabbas av sjukdom i högre grad än äldre manliga kollegor. Denna skillnad finns således inte när de som unga startar sina yrkeskarriärer.

Attityder till stress bland läkare har enligt en studie (23) förändrats på ett positivt sätt. Man talar mer öppet om psykiska besvär, är mer medveten om sin egen och

kollegors symptom och hälsa och det är mer troligt att man söker hjälp eller hjälper andra kollegor.

Dessa studier gäller dock främst läkare i vanlig klinisk verksamhet, inte läkare som också har forskning och undervisning som arbetsuppgifter. Disputerade specialitläkare är en synnerligen högutbildad yrkesgrupp med varierande och ofta stimulerande arbetsuppgifter, men även många stressande faktorer. De skilda arbetsuppgifterna innebär t.ex. ofta att ha flera olika chefer för de olika uppgifterna, chefer som inte alltid samverkar.

Att bemästra stress

Eftersom hög och långvarig stress oftast är ett oönskat tillstånd försöker människan bemästra – 'copa med' – stressen på olika sätt. Det kan vara tankar eller handlingar som individen använder sig av för att bemästra, tolerera, reducera, minimera eller förebygga stressande situationer. Efter att ha bedömt en situation som negativ och därmed stressande ("primary appraisal"), kan t.ex. individen göra ytterligare en kognitiv utvärdering ("secondary appraisal") av sina resurser för att bemästra den stressande situationen, och tänker kring situationen på ett annat sätt i syfte att försöka finna en bättre utgångspunkt (3).

Det finns ett antal sätt att beskriva vad bemästringsstrategier är för något. En vanlig kategorisering är att skilja mellan: probleminriktade och känslolinriktade strategier (3). Om individen använder sig av probleminriktade strategier försöker hon eller han, med både aktiva och passiva medel, att lösa själva problemet. Dessa strategier för hantering av stress inriktas alltså mot de yttre problemen som förorsakar stress. Studier (24) har visat att probleminriktade strategier för stresshantering är strategier som bäst lämpar sig för att hantera stress på grund av bl.a. tung arbetsbörda. Med känslolinriktade strategier menas att individen riktar in bemästrandet mot de känslomässiga konsekvenser som stressen leder till, t.ex. sorg eller depression. Denna strategi inriktas således mot personen själv, t.ex. för att bli mer motståndskraftig och klara av kraven (3). Vilken strategi som väljs beror delvis på vilka bemästringsstrategier det finns stöd för i omgivningen, på personlighetsfaktorer, på vilket spektra av bemästringsstrategier individen brukar använda annars, hur många olika strategier individen har tillgång till, samt på vilken typ av stress som individen utsätts för. Människor använder till exempel ofta mer probleminriktade strategier för att bemästra arbetsrelaterade problem, medan mindre kontrollerbara problem såsom fysisk sjukdom ofta hanteras med en känslolinriktad strategi (25, 26). Folkman et al. (27) föreslår t.ex. följande indelning av möjliga strategier för att ta itu med stress:

Strategier	Beskrivning
Konfronterande åtgärd	Aggressiva försök att förändra en situation
Planerad problemlösning	Ansträngningar för att lösa problemet och/eller lösa situationen via ett analytiskt sätt.
Söka socialt stöd	Söka känslomässigt stöd och kunskap av andra.
Självkontrollerande	Ansträngningar för att styra sina känslor och handlingar.
Distanserade (kognitiv)	Tankemässiga ansträngningar för att försöka dra sig ur situationen och minimera dess betydelse.
Positiv omvärdering (kognitiv)	Försök att hitta en positiv mening med situationen och fokusera på personlig utveckling.
Acceptera ansvar (kognitiv)	Inse sin egen roll i problemet.
Flykt	Undvika problemet genom önsketänkande eller flykt. Flykten kan t.ex. vara att dricka alkohol.

De tre första åtgärdsformerna; Konfronterande åtgärd, Planerad problemlösning och Söka socialt stöd är mer probleminriktade medan de följande fem åtgärdsformerna; Självkontrollerande, Distanserade, Positiv omvärdering, Acceptera ansvar och Flykt är mer känslolinriktade (27). Strategier har även en tidsaspekt. Man kan försöka bemästra en stressig situation innan den inträffar, medan den inträffar, eller efter. Beehr och McGrath (28) delar upp strategier i fem tidsaspekter;

Strategier	Beskrivning
Förebyggande	Strategier som används långt innan en stressande situation inträffar, t.ex. en rökare kan sluta att röka för att undvika risken för lungcancer.
Förväntande	Strategier som används om en stressande situation är förväntad, t.ex. att ta en lugnande tablett om man har svårt att sova.
Dynamiska	Strategier som används om en stressande situation är pågående, t.ex. att fokusera på något annat om man lider av kronisk smärta.
Reaktiva	Strategier som används om en stressande situation har inträffat, t.ex. att förändra aspekter av sitt liv om man har fått en hjärtinfarkt.
Övriga	Strategier som används lång tid efter en stressande situation har inträffat.

Det finns många dokumenterade sätt att försöka påverka stress och stresshantering inom hälso- och sjukvården. Från 'stress management' program (29), till konkreta förslag på hur den enskilde individen ska förebygga stressen

t.ex. tända 'röda lampan' vid dörren då man ej vill bli störd, påverka mottagningsrummets utformning så att det underlättar samtal och kontakt, berätta för patienten om vilken tid som finns att använda under mötet mellan patient och läkare, avsluta alla moment kring en patient innan arbetet med nästa börjar och att använda tekniska hjälpmedel på ett arbetsbesparande sätt (30). Det finns även andra förslag för att förebygga och hantera stress inom hälso- och sjukvården både på organisations- och individnivå. Det kan handla om att organisationen rutinemässigt kontrollerar riskfaktorer för stress, förbättrar kommunikationen på arbetsplatsen, lär ut bemästringsstrategier för stress och reducerar onödiga uppgifter för nattpersonal. Andra förslag är möjligheten till handledning, terapi och rådgivning för personal (23).

2. Kontext och syfte

Landstinget i Östergötland genomförde hösten 2000 en personalenkät. Resultaten från enkäten visade att läkare ofta känner sig "stressade på jobbet". Hela 35 % av de kvinnliga och 27 % av de manliga läkarna angav att de upplevde stress och oro på jobbet. Samtidigt har inte alla läkartjänster kunnat besättas och sjukskrivningen av läkare, framförallt bland kvinnliga läkare, har ökat. Det har även diskuterats att situationen för de specialistläkare som samtidigt arbetar med forskning och undervisning eventuellt är extra pressad. Att identifiera vad detta beror på och hitta möjliga lösningar är av centralt intresse för landstingets verksamhet.

Tidigare kunskap finns om psykosocial arbetsmiljö dels för kliniskt verksamma, landstingsanställda läkare, dels för universitetsanställda lektorer och professorer med undervisning och forskning som arbetsuppgifter. Arbetsmiljösituationen för disputerade läkare, verksamma vid universitetssjukhus, dvs. med arbetsuppgifter inom samtliga dessa tre områden (klinik, forskning och undervisning) har dock inte studerats tidigare.

Dessa aspekter diskuterades i Kartell Q (en sammanslutning av kvinnliga överläkare och lektorer vid Universitetssjukhuset i Linköping) och en arbetsgrupp tillsattes för att få mer kunskap om arbetssituationen för disputerade läkare i universitetsmiljö och om konstruktiva strategier som används för att hantera stress. I arbetsgruppen ingick Kristina Alexanderson (projektledare), Christina Eintrei och Ricci Gotthard. Två projekt initierades; ett för att få kunskap om vad som stressar denna grupp, och ett för att få kunskap om strategier för att hantera stress.

I det första projektet samlades data in via en enkät som år 2001 skickades till samtliga 157 disputerade specialistläkare vid universitetssjukhuset i Linköping. I enkäten efterfrågades potentiella stressande faktorer och deras intensitet och frekvens. Svarefrekvensen var 77%. Resultaten (31) visade bl. a. att läkarna framförallt

blev stressade av tidspress och av intressekonflikter mellan olika arbetsuppgifter. De kände även stress på grund av motstridiga krav mellan hem och arbete och av en otydlig arbetsledning. De kvinnliga läkarna kände en större stress på grund av relationer på arbetsplatsen och av könsrelaterade problem. Yngre disputerade läkare kände mer stress på grund av tidspress än de äldre läkarna. De läkare som 'bara' var disputerade rapporterade mer stress än docenter och professorer. De som hade kombinationstjänster och var anställda både i landstinget och vid universitetet, upplevde faktorer med anknytning till rollen som forskare/handledare som stressande medan de som endast hade en landstingsanställning oftare var stressade av faktorer som var relaterade till kliniska arbetsuppgifter.

Nästa steg, i det andra projektet, dvs. det som presenteras i denna rapport, var att få kunskap om konstruktiva strategier som används för att hantera denna arbetssituation. Data om detta samlades in via fokusgruppsintervjuer och resultaten av analys av dessa presenteras i denna rapport. I projektgruppen kring denna studie har följande personer ingått: Kristina Alexanderson (projektledare, professor), John Boman (fil.dr, sociolog), Cecilia Nordqvist (sociolog), Louise Nordström (psykoterapeut), och Sara Lindfors (fil mag hälsopsykologi). I projektgruppen har inte läkare från universitetssjukhuset ingått, för att inte de skulle kunna ta del av kollegors svar.

Syftet med studien är att få kunskap om konstruktiva strategier som disputerade specialistläkare vid ett universitetssjukhus använder för att hantera stress.

3. Metod

Kvalitativa analyser av data från fokusgruppintervjuer har genomförts. Fokusgruppintervjuer är en lämplig metod för att utforska människors erfarenheter, uppfattningar, önskemål eller svårigheter i en målgrupp (32). Metoden används allt mer inom hälso- och sjukvårdsforskning.

I denna studie valdes fokusgruppintervjun utifrån ett explorativt metodologiskt syfte (33, 34). Det var viktigt att deltagarna som samtalade kring stress och hanterandet av stress stimulerade varandra för att 'vaska' fram så många erfarenheter och upplevelser som möjligt; för detta är fokusgrupper en lämplig metod. Fokusgrupper som metod innebär även att intervjuareffekten minskar.

Studiepopulation

Informanterna valdes genom ett systematiskt urval av disputerade läkare som var anställda vid Universitetssjukhuset i Linköping. Personerna bjöds in att delta utifrån slumpmässigt valda begynnelsebokstäver på efternamn. Fem

fokusgrupper planerades, varför fem urval gjordes. Personer som arbetade vid samma avdelning inbjöds ej till samma fokusgrupper. Personer som moderatorn eller bisittaren kände exkluderades. Inom varje delurval skickades först ett pappersbrev ut om förfrågan att delta i studien. Sedan, om svar uteblev, skickades ett brev via e-post. Den sista kontakten togs per telefon. Totalt kontaktades 147 läkare. Av dessa var 28 professorer, 68 docenter och 51 andra disputerade. 17 av dessa deltog i intervjuerna. Ytterligare 29 ville delta men kunde inte under föreslagna tider. Samtliga dessa läkare hade några månader tidigare fått en enkät om stressande faktorer i arbetet med forskning, undervisning och kliniskt arbete, och hade med andra ord eventuellt dessa frågeställningar något aktuella (31). Ca 2/3 av läkarna valde alltså att ej delta. Erfarenheter även från andra fokusgruppstudier bland läkare är att få vill eller har möjlighet att delta.(35). Flera angav att detta att tacka nej till att delta var en stresshanteringsstrategi de brukade använda sig av.

Intervjuguiden

En intervjuguide konstruerades utifrån enkäten (31), tidigare studier, litteratur om stress i arbetslivet, och diskussioner i projektgruppen. Den formerades i tre delar. Först ställdes frågor för att identifiera situationer som upplevdes som stressande av informanterna. Frågor som ingick var: Hur märker ni att ni är stressade? Är ni ofta stressade? Känns viss typ av stress värre än andra typer? Syftet med denna inledning var att bygga en förståelseplattform för hur läkarna på ett konstruktivt sätt förhöll sig till och eventuellt hanterade stress.

Frågor i den andra delen var: Vilka copingstrategier använder ni för att hantera stress? Vilka strategier är fruktbara? Vilka strategier är inte fruktbara? Hur vet ni att de är fruktbara? Prövar ni olika typer av strategier om inte en av dem hjälper? Syften med denna del var att initiera en diskussion kring aktuella konstruktiva strategier.

Den tredje delen handlade om vad informanterna gjorde för att behålla sig friska för att skapa en kontext kring de andra två delarna i intervjun.

Intervjuer

Fem fokusgruppintervjuer genomfördes med sammanlagt 17 deltagare. Den första gruppen, där fem män deltog, planerades som en pilotintervju men föranledde endast smärre justeringar av intervjuguiden och inkluderades i studien. Grupp två bestod av 2 män och 1 kvinna. I grupp tre och fyra rådde ett omvänt förhållande: 2 kvinnor och 1 man. Den avslutande intervjun bestod av 3 kvinnor.

Intervjupersonerna samlades i en universitetsbyggnad i anslutning till det sjukhus där de arbetar. Vartefter de kom, visade bisittaren in dem i ett personalrum där kaffe och smörgåsar serverades. När alla hade ätit färdigt genomfördes intervjun i ett närbeläget grupprum.

Vid fokusgruppintervjuerna leddes diskussionen av en moderator, i detta fall Louise Nordström. Bisittare var Cecilia Nordqvist. Louise Nordström är legitimerad psykoterapeut med erfarenhet som gruppleddare och från arbete med patienter sjukskrivna för stressrelaterade sjukdomar. Hennes roll som moderator under intervjun var att introducera diskussionsämnena för att sedan uppmuntra deltagarna att själva fortsätta diskussionen. Om hon ansåg att det behövdes ingrep hon, för att alla deltagare skulle komma till tals. För övrigt var hon så neutral som möjligt, t.ex. vad gäller reaktioner på deltagarnas kommentarer. Cecilia Nordqvist har tidigare arbetat med fokusgruppintervjuer. Hon ansvarade för ljudinspelningen, och andra praktikaliteter. Hennes uppgift var också att ställa kompletterande frågor i slutet av intervjuerna om inte alla frågeområden skulle vara täckta. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 1 och 1,5 timme. Intervjuerna spelades in på ljudband och skrevs sedan ut ordagrant.

Dataanalys

De utskrivna intervjuerna analyserades i ett antal olika steg (36). Först gjorde två av projektdeltagarna, John Boman och Louise Nordström, varsin av varandra oberoende s.k. öppen kodning. Detta innebar att utskriften analyserades rad för rad och kodades med belysande och sammanfattande ord av vad som utspelades i texten. Därefter gjordes en systematisk analys av vilka konstruktiva strategier som framkom i materialet. Dessa listades, renodlades och relaterades till 'typcitat', dvs. sekvenser i intervjuutskriften som på ett särskilt tydligt sätt belyste den föreliggande strategin.

Resultatet av de två inledande analytiska faserna diskuterades med projektledaren, Kristina Alexanderson. Nu påbörjades ytterligare en analytisk process med intentionen att i de listade strategierna finna olika teoretiska dimensioner. En tabell över strategier togs fram för att skapa överblick och olika modeller togs fram och diskuterades. När ett antal dimensioner identifierades prövades dessa mot vad som faktiskt stod i intervjuerna. Det sista analytiska steget som togs var att återigen renodla och utveckla de identifierade strategierna.

4. Resultat

Analysen av fokusgruppintervjuerna resulterade i elva urskiljbara strategier för att hantera stress. Strategierna kommer att kommenteras i löpande text och beläggas med intervjuцитat. De strategier som identifierats är:

- Att ta en sak i taget
- Att sätta gränser
- Att skapa tid
- Att våga säga nej
- Allt behöver inte göras
- Inse sina begränsningar
- Att träda undan ett tag
- Att känna sammanhang
- Att ha kontroll
- Det löser sig
- Att göra något annat för att hämta kraft

Att ta en sak i taget

En strategi som många av informanterna angett att de använder är att dela in dagen i olika sektioner. Det handlade om att det inte går att arbeta med många moment samtidigt. Ett par informanter beskrev detta så här:

IP: Men sedan är det ju naturligtvis en strategi man också har när man har många saker framför sig så man måste ta en sak i taget, för att det inte bara ska bli rörigt. Man måste ta den patienten, helst göra klart den patienten innan man tar nästa patient. För annars blir det lätt rörigt och det är svårt att hålla ihop och det blir halvdant gjort alltihop.

IP: Och sedan att ta, det tycker jag också att jag har lärt mig mycket med att ta en sak i taget... Man blir väldigt störd på jobbet. Det är ju en konst att kunna säga, jag ringer dig om ett tag när det är klart, eller att – kan du komma igen.

Det framkom i intervjuerna att denna 'konst' att ta en sak i taget inte alltid har använts. Strategin har snarare utvecklats genom år av erfarenhet inom yrket och genom ett antal mer eller mindre misslyckade försök att göra flera saker samtidigt. Förmågan att ta en sak i taget kan också förstås som en strategi för att utveckla ett hållbart förhållningssätt gentemot den specifika arbetsmiljö som dessa informanter har. En av dem talade bl.a. om betydelsen av att arbeta strukturerat:

IP: Jag jobbar oerhört strukturerat. Det är också en... jag tror att det är ett personlighetsdrag och inte en aktiv strategi, men jag tror att det ger stora möjligheter att ha den här stora breda arbetsbördan som jag har.

Ett exempel på denna ordningsskapande strategi handlar om att ruta in vardagen i olika fack. Och innan nästa fack tas itu med måste det föregående ha klarats av:

IP: Jag låter mig inte stressas. Det låter kanske dumt, men jag talar om för mig själv att det där kan du inte göra någonting åt nu, det får vänta. Och det här kan du planera, det här kan du klara av nu, det är bara att göra si och så. Jag lägger det liksom i olika fack, sådant som går att åtgärda och sådant som går att planera, och sådant som man nog får be någon att göra, och det där lägger vi i någon helt annan hög.

Detta sorteringsstänkande kan vidare förstås som ett medvetet uppställande av delmål för att åtminstone för sig själv skapa ett mentalt utrymme. Behoven är som en informant sade, oändliga:

IP: Jag skriver upp sådana här småsaker man ska göra, delmål. Ungefär som när man läste i gymnasiet en gång i tiden, man har delmål. Det är ett sätt att beta av för livet är oändligt och behoven... alla andras behov är oändliga.

En annan dimension i dessa sorteringsstrategier som framkom var betydelsen av att bara göra det man hinner. Detta ska förstås mot bakgrund av att det alltid finns saker att göra, det är alltid patienter som väntar, det är alltid studenter som vill ha svar på frågor, och inom forskningen, som kanske är den främsta stressfaktorn i detta sammanhang, finns alltid mycket mer att göra. En informant uttryckte hur denna problematik kunde hanteras:

IP: Om jag skall kunna fullfölja alla mina uppgifter då som överläkare och med ansvar för ett område och forskning och handledare. Det hinner jag egentligen inte. Då skulle jag säkert kunna bli stressad men om man bortser från och tänka på det och gör det man hinner, så då behöver man inte känna sig stressad.

IP: När man väl har fått en viss systematik och bestämt en viss arbetsordning, då släpper stressen liksom.

I: Du har kontroll.

IP: Ja visst, nej men man har åtminstone en handlingslinje, man kanaliserar sig på något sätt.

En mer kraftfull beskrivning av hur den tunga arbetsbördan kan hanteras beskrevs som att:

IP: Det är någon sorts överlevnadsstrategi att, ja det är lite grann som om det är krig och jag tycker att man ska åka, att man måste smala in... man har ett tidsfönster som sträcker sig över 2-3 timmar inte mer. Jag har inte en aning om vad jag ska göra i morgon t.ex.

Strategin som här benämns som 'att ta en sak i taget' innebär mot bakgrund av informanternas beskrivningar att det är viktigt att sortera in arbetsmomenten i olika fack, både konkret i form av att en uppgift ska klaras av innan nästa, och abstrakt, dvs. att det är betydelsefullt utifrån ett stresshanteringsperspektiv att kunna tänka bort sådant som för stunden inte omedelbart behöver klaras av.

Att sätta gränser

Denna strategi används ofta tillsammans med den föregående; t.ex. vid sidan om betydelsen av att ta en sak i taget anger informanterna att det är viktigt att sätta tydliga gränser, både för sig själv och inför andra. Detta kan t.ex. handla om att inte ta med sig jobbet hem:

IP: Jag går alltid hem klockan fem...nu är arbetet slut tänker jag, resten gör jag i morgon.

IP 1: Och sedan tar jag inte längre med mig jobb hem. Aldrig, aldrig. Det gjorde jag alltid förr, alltid förr.

IP 2: Ja, och där är min man och jag helt olika, men jag tar aldrig med mig jobbet hem, för då ligger den där högen där. Och så tror jag att jag gör den och så ger den mig dåligt samvete och allt möjligt. Och så kanske jag måste osv. och så kopplar jag inte av. Utan jobbet är på jobbet faktiskt.

IP 1: Ja mitt hem är min borg numera.

Denna strategi kan byggas ut med betydelsen av att avsluta det man för stunden arbetar med innan man går hem. En informant förklarade:

IP: Jag tycker annars alltid att det är skönt att inte ha en absolut fast tid att sluta. För att man vill göra ett avslut med någonting och sedan efter det kan man gå. Och det bestämmer man ju själv, men det gör ju det att t.ex. passa en buss eller så på en bestämd tid, det tycker inte jag skulle kännas bra.

Denna strategi tangerar nästkommande.

Att skapa tid

Den tredje strategin, som hör ihop med de två föregående, diskuterades av informanterna som olika sätt att vrida och vända på tidsaspekten i arbetet. Ett sådant sätt var att alltid ligga lite före än vad som anges i almanackan:

IP: Jag tror att mitt sätt att coping med stress eller med högar av arbete – ja jättemycket arbete, det är att alltid ligga lite före, det låter ju absurt alltså, men att vara färdig i god tid, så att jag aldrig får tidsnöd. Det tror jag är min strategi... så alla utredningar som skall vara klara den 15:e de har jag ofta klara den 5:e. Och då behöver jag inte känna den här plågan av att tiden (deadlinen) närmar sig och jag har inte börjat än.

Det finns andra konkreta sätt som informanterna angav, t.ex. att skapa ett tidsmässigt utrymme för promenadsträckorna mellan olika uppdrag. I ett universitetssjukhus måste läkare ofta gå långa sträckor i bl.a. kulvertar och korridorer. En av dem sade:

IP: Det har jag lärt mig på gamla dagar att just i almanackan – lägg nu in den tid det tar att promenera.

Samtidigt med detta framkom också betydelsen av att ha en s.k. igångsättningstid, 'ställtid' mellan olika uppdrag. Detta resonemang var influerat av Bodil Jönssons (37) rekommendationer. Poängen med detta var enligt informanterna att man måste ta tid att samla tankarna ibland. Så här lät det:

IP: Man måste få vanka omkring en halvtimme ibland – innan man sätter sig, det måste man ju.

IP 1: Om man tänker på Bodil Jönssons bok, Tankar om tid. Så det här med ställtid som hon säger, som just betyder möjlighet att reflektera. Det måste man ha, man kan alltså inte sitta med klockan i handen och räkna ut att så här många minuter tar det att göra det här ingreppet. Och sedan omedelbart efter det göra något annat. Utan man måste ha en tid för reflektion.

IP 2: Och dessutom en tid för igångsättning.

IP 3: Javisst, man kan inte bara splittra det i tusen bitar.

En strategi som nämndes var att sätta streck i almanackan, dvs. att hålla vissa tider fria från patienter, möten och undervisning:

IP: Jag skall inte visa min almanacka, för folk som ser den säger 'hur kan man ha det så där'. Men vad jag faktiskt gör, även om jag inte alltid lyckats med det, så vissa dagar sätter jag ett streck i almanackan – jag får alltså inte ha något annat där.

Ett annat sätt att skapa tid benämndes som att vid arbetstoppar stiga upp lite tidigare, att ibland göra dygnet lite längre än vad det faktiskt borde vara. På lång sikt kanske detta inte kan klassificeras som en konstruktiv stresshanteringsåtgärd men som följande informant antydde; det handlar om att vara medveten om varför dygnet behöver förlängas ibland:

IP: Söndagar kunde jag gå till arbetet klockan fem på morgonen och sedan jobba på kvällen... det måste ju vara elastiskt emellanåt för att klara av topparna, det är ju så. Men om det inte är något permanent så går det ju en kort tid. Om man ser att det bara är den här puckeln, om du bara gör det här så är det lugnt sedan. Och då är det ju inget problem egentligen.

En ytterliggare strategi inom denna kategori handlar om att låta arbetsuppgifter ta den tid som krävs. Här handlar det både om kvantitativa och kvalitativa gränser:

IP: För att jag ska klara av det här jobbet utan att stressa ihjäl mig så måste jag ägna det tillräckligt med tid. För att annars så får jag saker som jag inte hinner med och då kommer jag att bli mycket stressad.

Att våga säga nej

En aspekt av informanternas arbetssituation är att det kan bli mycket möten och sammanträden. Det är möten med forskargruppen, med undervisningsrepresentanter, och med arbetslaget i den kliniska verksamheten. Sammantaget kan denna mängd möten ge en i längden ohållbar situation. Flera

strategier att hantera detta diskuterades, men i huvudsak handlar det om att lära sig att säga nej. För kvinnor i högt uppsatta positioner framstod detta som speciellt viktigt:

IP: Som kvinna och professor så i jämställdhetens namn så ska man ju då i alla möjliga sammanhang förstås ha med kvinnor på de här nivåerna. Och eftersom det finns så få kommer man ju med i precis allting, både här i staden och nationellt och på alla möjliga ställen. Så med åren har jag försökt lära mig att säga nej – ibland kan jag men ibland går det inte.

IP: Det är jättfå kvinnor i professors- och docenturställningar som kan nyttjas i vissa typer av arbete. Och det blir ju så att de stackars människorna de får sitta med överallt. Och det är en oerhörd press på dem att ta det jobbet. Fast klokheden talar emot ibland. Så det finns inga valmöjligheter som jag ser det... utan man måste bli en nejsägare, och det vill man inte vara.

Att säga nej är också en strategi informanterna använder för att inte göra medarbetare besvikna, dvs. inte åtaga sig mer än som går att klara av. En informant beskrev denna problematik så här:

IP: Men det är klart, det stressar mig att känna att folk har förväntningar på mig som jag inte kan uppfylla... och ända tills relativt nyligen har jag låtit bli att ha egna doktorander med tanke på det.

Att säga nej som strategi för att hantera andras förväntningar och egna behov kan gälla både i stort och i enskilda stunder.

IP: En annan sak som jag har börjat med... men jag vet inte om det är någon bra linje egentligen men som jag har börjat med, det är att jag bestämmer ibland att folk får bli besvikna. För det är jag jättedålig på... När jag tittar tillbaka så har mitt liv gått ut på att inte göra folk besvikna. Och det går ju inte att hålla på så. Utan då när det finns något annat... när man inte hinner saker, det handlar ju oftast om att inte hinna. Hinna i tid, och det kan vara en tid som man har förespeglat andra, det kan vara en tid som andra förespeglat sig. Och det kan vara en tid som jag tycker jag skulle behövt... ibland tänker jag nej jag orkar inte springa så här fort, utan nu får de vänta och så får de väl bli sura då. Men det är ett resonemang som jag för med mig själv.

Steget från detta viktiga resonemang om betydelsen av att säga nej till nästa strategi är inte långt.

Allt behöver inte göras

Denna strategi kan förstås som en mix av att 'sätta gränser' och 'säga nej'. Den står dock för sig själv eftersom den innehåller en viktig dimension som handlar om att informanterna i stort och i smått tillägnat sig olika erfarenheter om hur arbetsmomenten kan effektiviseras. Ett exempel på detta är hanteringen av den stora mängden e-post.

Läkares konstruktiva strategier för att hantera stress

IP 1: Men jag har lärt mig att skumma mailen för att se vilka jag måste svara på och vilka jag kan vänta att svara på.

IP 2: Jo, jag tar de viktigaste först, så gör jag ju här. Jag tar dem inte i kronologisk ordning.

IP 1: Jag tar de roligaste först.

IP: Så jag tittar bara igenom vad det rör sig om och så drar jag ut det på papper och läser kanske inte alla, men försöker att hitta de som jag måste öppna och på allvar ta ställning till.

En annan dimension handlar om att acceptera att inte kunna allt eller hinna med allt. Några informanter berättade:

IP: Det finns så mycket att göra hela tiden att det räcker till just det, man har kanske felprioriterat... Sedan hör det väl ihop med att jag är tidsoptimist – jag tror ju att tiden skall räcka till mycket mer än vad den gör. Men det där har ändå lärt mig att jag hela tiden får revidera mina planer då, och det har gått rätt så bra på senare år. Man får faktiskt inse att man inte hinner.

IP: Jag hinner inte forska, jag har lagt det åt sidan. För det går bara inte nu. Och det som inte går, det skall man inte stänga sig blodig på.

IP: Jamen man kan ju bara göra sitt bästa. Ibland snurrar det ju till så här så man har många, och så pillar man litet där och så pillar man lite där och så blir det ingenting av någonting va. Då brukar jag tänka att så här att, nu går det här inte längre utan nu gör jag det här. Och sedan får det andra vara och det händer ju oftast inget om man låter det vara.

Man har olika strategier för att klart och tydligt redovisa för sig själv att allt inte kan göras perfekt eller inte ens behöver göras perfekt. När informanterna pratar om att man bara kan göra sitt bästa finns det med andra ord ett vidare tolkningsutrymme. Ett par informanter berättade:

IP 1: Det är en överlevnadsgrej det här att göra som min kompis målarmästaren. Det som skiljer ett proffs från en amatör när det gäller att måla, det är att proffset vet var man kan fuska. Med bibehållande av kvalitet. Det lär man sig ju när man blir äldre. Vissa saker är faktiskt inte riktigt nödvändiga att göra efter boken. Man kan fuska litegrann.

IP2: Och då kan man liksom hoppa över vissa bitar, för jag vet ändå att världen inte går under.

Det bör påpekas att det s.k. fusket som informanterna nämner till stor del handlar om administrativt sådant, de menar alltså inte att de fuskar med människors liv på operationsbordet. Det är, som de säger, viktigt att bibehålla kvaliteten i de utförda momenten. Men för lekmän kan det vara svårt att förstå denna syn eftersom insynen och erfarenheten endast kan tillägnas genom många år i yrket. Några steg på vägen till vidare förståelse gavs dock nedan av några informanter:

IP: Vissa saker inser man att...en del saker behöver man faktiskt inte göra, man behöver inte besvara alla frågor och alla brev och blanketter.

IP 1: Men sedan tror jag alltså att vi är så här, alltså det är det här med att prioritera – vi är så inställda på att vi ska göra allt för alla, och alla patienter. Men man kan ju göra rätt mycket med kanske...det är rätt bra med lite sämre kvalitet. Man behöver inte vara hundra procent säker i allt.

IP 2: Tänk om vi kunde sluta med alla de här – ifall att...eller för säkerhets skull.

IP 1: Och tar man då bort hälften utav undersökningarna som görs för säkerhets skull då finns det plats för det som man verkligen skulle kunna göra.

Dessa citat beskriver ett problem som handlar om hur kvalitet och kvantitet kan vägas mot varandra för att framkalla bästa möjliga resultat. Det kan handla om att inte vara alltför noggrann, att lära att 'fuska' lite lagom, att ibland inte fullgöra alla moment som görs för säkerhets skull, men samtidigt ha i minnet att dessa nedskärningar, när allt ska summeras, ger ett positivt resultat.

IP: Man får inte bry sig för mycket, man får inte ta det allt för personligt det här med att journalhögen växer, eller att man inte hunnit med och skriva alla intyg man ska skriva och så där. Om man liksom är alltför noggrann och alltför rättrådig och dessutom ska producera allt i rätt tid då hamnar man i en situation som blir ohållbar. Man måste lära sig att fuska lagom så att det inte skadar någon. Att det är som en snickare inte skär mattan exakt i kanten, utan han vet att han kan lägga en golvlist över så syns inte springorna. Alltså att lära sig att chansa lite lagom.

Inse sina begränsningar

Som en fortsättning på föregående resonemang angav informanterna betydelsen av att inse de begränsningar som man som människa faktiskt har. Denna strategi tangerar strategin att 'säga nej', men här handlar det mer om att aktivt inte ta på sig mer än vad som faktiskt är möjligt att göra. En variant av detta kan beskrivas som att medvetet göra färre saker bra än många halvbra:

IP: Om man liksom ständigt måste släppa ifrån sig någonting som man inte är riktigt nöjd med. Det betyder ju inte att man måste detaljarbeta liksom in i minsta detalj, men i princip så skall man vara nöjd med det man gör. Och det tror jag är jätteviktigt, och då är det bättre att göra färre saker och göra dem ordentligt än liksom bara slarva över allting.

Ytterligare en variant handlade om att inte ta på sig för svåra uppgifter:

IP: Och så är det ju det att man hoppar inte på saker heller, tar inte på sig uppgifter som man vet att man inte kan fixa.

IP: På tal om chefskap tror jag att det är viktigt för min del att inte åta mig något som helst chefskap, därför att det skulle jag inte klara av. Jag menar att om jag får ansvar för andra människor än mig själv, om jag inte kan hålla ordning på mig själv hur skulle jag då kunna hålla ordning på andra.

Det som framträder i citaten är betydelsen av självinsikt i relation till arbetets krav i förhållande till den egna förmågan. Strategin att inse sina begränsningar är central i

informanternas stresshantering, den löper som en tråd genom resonemangen. Det handlar om ett förhållningssätt till arbetet som kanske är lättare att anamma längre fram i en yrkeskarriär när positionen är mer säkrad och erfarenhetsbasen är bredare, men strategin förmedlar också en konkret situationsanalys av arbetet inom ett universitetssjukhus, där det alltid finns mer uppgifter att utföra inom både klinik, undervisning och forskning.

Att träda undan ett tag

Kommentaren 'jag vill vara ifred' fälldes av en informant som beskrev sina känslor när arbetsdagen var slut. Vad innebär en sådan kommentar? Det finns i intervjumaterialet några informanter som upp till brädden fyller fritiden med aktiva fritidsaktiviteter och andra som känner att de måste träda undan ett tag från de sociala arenorna. I detta avsnitt är det den senare strategin som behandlas. Den förra tas upp senare. Ja, vad innebär kommentaren? Informanten får själv berätta:

IP: Jag har en känsla av att när det gäller mig att jag helt enkelt bortser från det sociala livet utanför sjukhuset. Nämligen jag har inte tid eller lust eller vad det är med någon umgängeskrets, har inte plats för det egentligen. Eftersom jag kommer hem sent på kvällen och är trött och vill inte ha med människor mer att göra, jag är trött på människor, jag vill vara ifred. Helst inte prata för mycket. Empatin är förbrukad för dagen. Även den sociala förmågan.

Följande informanter vill träda undan från de inslag som finns i arbetslivet. Det kan vara allt från att skärma av livets sociala sidor till att aktivt arbeta upp en bekantskapskrets utan läkare, forskare och lärare. Strategin kan delvis förstås som ett sätt att komma bort från arbetet, men framförallt som en konstruktiv handling för att orka gå tillbaka till arbetsplatsen nästa dag.

IP: Vad jag gjort är att ta bort det sociala livet väldigt mycket. Därför att det finns inte plats för det också, men det får jag ju här i forskningen, i den grupp som jag är med i. Vi har jätteroligt.

IP: Och jag måste säga att när det gäller fritid och så, att jag vill helst inte umgås med läkare, jag tycker det är trevligare att umgås med andra personer. Och inte prata jobb alltså och sådana som vill prata jobb, det tycker jag inte är roligt. Så var man inte som ung, då ville man gärna ha kollegor som vänner och då pratade man om gemensamma problem och gemensamma upplevelser och fann en viss stimulans i det... nu vill man av med det hela (jobbet) så man stänger av lite grand.

Det finns ytterliga dimensioner av strategin 'att träda undan', t.ex. insikter om att det är dags att börja delegera viktiga uppgifter till den yngre generationen läkare och forskare. Ett par informanter beskrev detta på följande sätt:

IP: Jag tänkte på vad X sade, även att ni kände att ni stod på toppen av ert kunnande. Jag känner nog det inte längre utan det har liksom vänt. Och det där känner man ju efter ett tag

som chef att man har andra duktigare och poängen är ju att lyfta fram dem – de ska vara duktiga och få glänsa och själv ska man hålla tillbaka lite.

IP: När jag blev chef gjorde jag ingen hemlighet av att jag inte var bäst inom min specialitet. Det tror jag är viktigt att man kan stå för det om man känner det som så.

Att uppleva ett sammanhang

Denna strategi handlar om betydelsen av att uppleva ett sammanhang, men också om att skapa sammanhang. Strategin kan delas upp i två olika nivåer där den första beskrevs så här:

IP: Den kanske mest stressande situationen för mig det är när man måste ta itu med problemen med en närstående kollega eller något sådant. Och vår strategi det är ju att man inte är ensam i den situationen, att man har förankrat det som man skall göra på ett bra sätt, då känner man en trygghet på ett annat sätt. Och det är väl ett sätt som jag har nyttjat i olika situationer att just se till att man har en bra grund i gruppen...då lyfter man lite grand av stressen och osäkerheten.

Betydelsen av att skapa ett socialt sammanhang, att förankra sina handlingsval bland kollegor, och inte bli ensam, utan ha kontakter uttrycks också av följande informant som sade att det är

IP: Oerhört väsentligt att man har någon att prata med, precis som du sade i början här att man kan utgjuta sig med arbetskamrater eller så där.

Detta innebär bl.a. att kunna bjuda på sig själv.

IP: Att många vågar bjuda på sig själv och sin person betyder ganska mycket för att stressa av, man behöver inte vara så kontrollerad och alltid hålla sin fasad. Utan att man vågar visa en del svagheter också. Och man behöver inte framställa sig själv som så fullkomlig i alla avseenden. Då kan man få ett mera avspänt förhållande, tror jag i alla fall, till sin omgivning. Man måste våga vara lite clown.

Att se problemen i den egna situationen i sitt större sammanhang, även organisatoriskt, är en annan aspekt av denna strategi. Behovet av mer avspända, fasadlösa, attityder, får en vidare innebörd när informanterna resonerar om hur de som enskilda individer ska hantera övergripande systemproblem inom hälso- och sjukvården, t.ex. vårdköer och väntetider:

IP: Ett sätt att, oavsett om man är chef eller inte så tycker jag också det är när man känner sig stängd att man inte kommer framåt. Och när man känner sig maktlös är det viktigt att man så bra som möjligt försöker förstå bakgrunden – varför det är på det viset. Vad det finns för andra i omgivningen som styr det här – t.ex. landstingsledningen så att man har förståelse för det... Jag menar att detta är ett sätt att minska stressnivån allmänt på en arbetsplats, att folk är medvetna om varför beslut fattas, vad det är för bakgrund, och varför det inte går att göra som vi alla andra tycker att man ska göra.

En slutsats som kan dras av detta är betydelsen av att inte ta ansvar för det som inte kan tas ansvar för. Ett par informanter förstärker detta:

IP: Man får inte bry sig för mycket, man får inte ta det alltför personligt det här med att journalhögen växer, eller att man inte hunnit med att skriva alla intyg man skall skriva.

IP: Man får liksom inte se sig själv som så oerhört betydelsefull på något sätt, jag menar vad betyder det om hundra år ungefär. Så kan jag tänka ofta. Eller att man anlägger ett kosmiskt perspektiv på sig själv – så kan man inte känna sig stressad. Det är inte så avgörande vad jag gör och inte gör... det är bara här och nu på fläcken som jag står som betyder allt. Men man måste försöka lyfta sig ut ur sammanhanget. Det tror jag är någon sorts strategi eller sätt att mentalt hantera sådana här saker som jag använde mig av.

Det handlar om att inse att vissa saker råder man inte över och inte ens de duktigaste och mest erfarna kan påverka och styra över allt. Den innersta betydelsen av detta är att informanternas erfarenheter lärt dem att sätta sig själva inom parentes när problem som de själva inte ansvarar för eller kan lösa, väller över dem. En informant efterlyser här behovet av en...

IP:...av och på knapp där man kan stänga av den kritik som inte är så befogad. Men där har min chef lärt sig de senaste åren att det inte är han som äger köerna, det är sjukhuset som gör det. Vi opererar med de medel som finns. Punkt slut, vi kan ju inte trolla med knäna...För att vi kapsejsar ju om vi ska ta på oss allt ansvar för sådant som vi inte styr det minsta över.

En annan kommentar, men nu konkret om problemet med väntelistor. Det går inte...

IP:...att ta ansvar för en väntelista som inte går att ta ansvar för. Det är en olöslig situation. Det måste man ju då, det måste ju naturligtvis bli konflikt med någon som äger väntelistan. Eller bara den här insikten att jag äger inte väntelistan, det är inte min väntelista.

Sammantaget kan dessa två nivåer förstås som ett sätt att kognitivt få sig själv att avdramatisera och på samma gång tydliggöra vilka krav och problem som finns för människor som arbetar inom hälso- sjukvården. Det som förmedlas av informanterna är att såväl oerfarna som erfarna läkare inte bör ha en utopisk bild av att allt kan lösas. En informant uttryckte detta så här:

IP:...tron på det perfekta systemet är ju någonting man måste bekämpa och det ser man ju ibland hos yngre ambitiösa individer att de tror att det går att göra allting rätt och allt kan bli bra...Det finns mycket oro att göra fel och klander i det här också. Detta är något som man måste arbeta bort systematiskt hos medarbetarna för annars leder det till en ofrihet hos dem, annars tror de att de kan göra allting så jättebra. Bland annat göra en bra kompromiss när det inte finns någon perfekt lösning, det är ju det man oftast måste göra i praktiken.

Att ha kontroll

Vid sidan om betydelsen av att inse sina begränsningar ligger en strategi som handlar om betydelsen av att känna kontroll över arbetslivets skeenden. Detta innebär i praktiken att ha en känsla av att man kan påverka, att kunna styra över sitt arbete. En informant berättade:

IP: Huvudsaken är väl att man har en känsla av att man kan påverka, att man kan styra lite grand – jag är en sådan här som vill styra och bestämma och vara med. Och tycker att jag har väldigt stor frihet i det speciella jobb som jag har.

I nästa sekvens problematiseras denna strategi. Informanternas diskussion förmedlar den dubbelhet som finns när det gäller att veta att det är viktigt med kontroll samtidigt som det i alla lägen inte ens är möjligt att eftersträva en sådan, och då gäller det att tänka på ett annorlunda sätt:

IP 1:...det handlar väldigt mycket om att kunna påverka sin arbetssituation – åtminstone delvis. Man bara får patienter ramlade på sig i en lång rad och man ser aldrig något slut på det och jag har bara de här timmarna på mig och det går inte, den känslan skulle jag kunna tänka mig.

I: Kön bara växer...

IP 1: Ja högen växer, vilken hög det än är då.

IP 2: Men då beror det ju på i den situationen var man lägger skuldbördan. För då kan man ju resonera så här att jag kan faktiskt bara jobba de här tre timmarna med det här arbetet. Och jag tar en patient i kvarten och sedan kan jag inte göra mer. Och sedan kan man säga att kön är någon annans problem. Och så inser man det här och då blir man inte stressad. Men om man säger – jag skulle nog faktiskt kunna göra det här på 10 minuter istället för på femton och det är mitt fel, och det är väl då man blir stressad om man tar på sig det själv.

IP 1: Ja, det är när man själv inte kan hantera.

IP 2: Ja, men då handlar det ju om hur man ser på problemen. Men sedan kanske också att man kan komma i den situationen att man faktiskt är... för det är väl det här med maktlösheten som du säger att man inte kan hantera,

IP 1: Att man inte kan styra och påverka.

IP 2: Att det är då som man blir stressad utav problemet.

IP 1: Men man orkar ju så länge man själv har tagit det på sig. Men när någon annan tvingar det på en...

En viktig faktor för att kunna känna att man har kontrollen över arbetet är enligt informanter att det gäller att skapa rimliga förutsättningar för arbetslivet och ens eget ansvar för detta.

IP: Jag har kollegor omkring mig, med frustration och missnöje som förväntar sig att någon chef eller annan person ska ordna upp deras bortskämda liv. Det tog ju ganska många år innan jag upptäckte att det måste jag göra själv... Det tog ganska många år innan jag upptäckte att chefen får jag ingen hjälp av. Jag skapar förutsättningarna själv, sätter upp ramar och begränsar så att det här blir ett rimligt arbete...ta tag i din situation där du står och försök att skapa rimliga förutsättningar själv för ditt arbetsliv.

En sammanfattning av kontrollstrategin är att:

IP: Så länge man upplever att man har kontroll så är väl de flesta inte stressade av det. Och att man kan se vad som är ens primära ansvar, man har inte ansvar för allting.

Denna strategi leder fram till nästa som är kognitiv och handlar om att det mesta löser sig till slut.

Det löser sig

I materialet framträder en strategi som på ett sätt kan synas vara problematiskt att räkna in som en konstruktiv handling för att hantera stress. Det handlar om inställningen att 'saker och ting löser sig till slut'. Detta eftersom denna strategi för hantering av stress i arbetslivet kan verka lös i kanten. Som en kognitiv 'coping' för att hantera stress och stressiga moment. Det handlar således om att inte bekymra sig för morgondagen och att det mesta löser sig till slut:

IP: Visserligen använder jag kalender, där finns det mycket antecknat, men jag tycker...jag brukar ta en dag i sänder i alla fall på något sätt. Jag bekymrar mig inte så mycket för morgondagen eller nästa dag.

IP: Man har sett en del problem genom åren och man har lärt sig att somliga går ju faktiskt att klara av, och somliga problem kan få vänta och 'det här' kan vi göra så här med. Det vet man ju när man varit med ett tag men det visste jag naturligtvis inte när jag var mycket yngre. Nu är jag som sagt till åren kommen så jag har ju sett rätt mycket vatten under broarna. Och det löser sig det mesta. Det gör det.

Är denna strategi möjlig för andra som inte har en lång erfarenhet inom yrket? Eller är den ett hanterande som alla, oberoende av erfarenhet, kan anamma? I materialet med dessa erfarna läkare och forskare är det dock tydligt att strategin att 'det löser sig' finns med som ett inslag i vardagen. Förmodligen finns det olika nivåer och dimensioner här, där strategin i vissa sammanhang är mer användbar och konstruktiv än i andra.

Att göra något annat för att hämta kraft

Tidigare beskrevs användandet av strategier för att träda undan ett tag. Detta undanträdande kan dock göras på ett mer aktivt sätt. Det handlar här om att både inom och utom arbetet hämta kraft och fylla på med såväl fysisk som psykisk energi. Ett antal varianter på detta ställs här upp:

Den första varianten utgår från att göra något positivt som ger tillfredsställelse:

IP: Alltså bara man har något som är positivt som man får tillfredsställelse av. Jag råkar ha förmånen att ha väldigt mycket som jag får positiv stimulans ifrån, publik och vänner och så. Och det är speciellt för mig. Man måste ha någonting som är roligt på fritiden, man måste ha ett rikt fritidsliv....

Den andra varianten handlar om att göra saker som man trivs med som snarare är roande än oroande, sådant som är konstruktivt och omväxlande istället för destruktivt och monotont. Detta gäller både på fritiden och i tjänsten:

IP: Det är oerhört viktigt att man inser att man har ett liv vid sidan om. Och det är ju väldigt viktigt att man gör saker som man trivs med.

IP: Det mest avstressande som jag vet, det är om man är mycket engagerad i någonting som inte oroar en samtidigt.

IP: Det som är viktigt för mig tror jag är omväxlingen. Alltså den enda gången jag egentligen har känt att det kanske var ett tungt jobb det var när jag jobbade som distriktsläkare. För att då var det lite så där att man hade 15 minuter per patient hela dagen alla dagar i veckan och varje vecka i månaden, det var ingen omväxling.

Dessa två varianter kan avslutas med något som beskrivs som en överlevnadsdrift:

IP: Alltså att handleda och undervisa yngre doktorer, det är en överlevnadsdrift – det är ju helt klart på jobbet. För att hade vi inte de som kommer med kluriga frågor och som är fantastiska på att söka i datorer och kommer med ena uppslaget efter det andra, då skulle det inte vara särskilt roligt att jobba. Och det blir till en enorm energikälla och en del är ju fantastiskt begåvade och det är verkligen roligt att vara med då.

Som avslutning på denna redovisning av informanternas strategier för att hantera stress nämner vi fysisk aktivitet;

IP: Alltså det bästa sättet att stressa av det är att göra någonting påtagligt fysiskt, fysisk ansträngning helt enkelt.

5. Diskussion

De elva strategier som identifierades i materialet kan sammanfattas som olika sätt att hantera arbetslivets påfrestningar. I rapportens introduktion till stressproblematiken redovisades att stress kan bemästras på ett antal sätt med två generella strategier: probleminriktade eller känslolinriktade (3).

Utifrån informanternas utsagor framstår det klart att samtliga dessa används i mer eller mindre utsträckning. Men att göra en analytisk åtskillnad mellan informanternas strategier i riktning mot om huruvida de kan betraktas som t.ex. probleminriktade eller känslolinriktade, är svårt eftersom vardera strategi inte låter sig renodlas på detta sätt. De strategier som har framkommit i denna studie, kan också förstås utefter Lazarus och Folkmans (3) uppdelning av de probleminriktade och känslolinriktade strategierna. Det är emellertid även här, svårt att identifiera klara gränser mellan dessa. Dock, kan man kategorisera strategierna 'att ta en sak i

taget', 'att sätta gränser' och 'att skapa tid' som mer planerad problemlösning. Här gör informanterna en aktiv insats för att omorganisera och omstrukturera sin vardag för att hinna och orka med sitt arbete. Vidare är 'att inse sina begränsningar', 'allt behöver inte göras', 'våga säga nej', 'att känna kontroll' och 'att träda undan ett tag' mer självkontrollerande strategier i det att man kontrollerar sina känslor och handlingar.

Många av de strategier som informanterna använder kan kategoriseras under den kognitiva kategorin acceptera ansvar. Här har informanterna insett sin egen roll i problemet och hanterar en stressig situation genom t. ex. 'att ta en sak i taget', att skapa tid', 'våga säga nej' eller 'att inse sina begränsningar'. Strategin 'att känna sammanhang' kan kategoriseras under söka socialt stöd medan 'att göra någonting annat för att hämta kraft' kan vara både söka socialt stöd och flykt. Här är flykten inte någon negativ flykt från problemen, utan snarare en positiv flykt där man till exempel gör någonting som inte har med arbetet att göra. En informant talar om ett rikt fritidsliv och vänner, en annan om fysisk aktivitet. Utveckla och använda socialt stöd är en strategi som används tämligen ofta av läkare och sjuksköterskor i bemätrandet av stress (38, 39). Hall (40) har undersökt sjuksköterskors bemästrande av stress och visade att den strategi som användes mest var socialt stöd, då sjuksköterskor vände sig till kollegor och familjen för att prata ut och ventiler sina problem.

Analytiskt betraktat finns det således dimensioner i samtliga strategier som skulle kunna förstås utifrån såväl ett problemlösande som ett känsloläsningsperspektiv. Detta handlar om hur detaljerat strategierna ska problematiseras och hur mycket de inbördes ska generaliseras och specificeras.

Istället för att fortsätta att föra en mer detaljerad diskussion kommer nu fokus att förläggas på vad som generellt framträtt i informanternas utsagor. Vilka lärdomar följer på det som berättats av dessa personer med tredelade tjänster inom en kunskapsintensiv sektor?

Ett genomgående tema i de bemästringsstrategier som presenteras i denna studie, är att de används för att förebygga eventuell eller förväntad stress. Informanterna anser att det är de som individer som kan förebygga eventuell stress genom att utveckla vissa strategier. De talar bl.a. om att strukturera, sortera, effektivisera arbetsmomenten och skapa ordning eller att 'våga säga nej'. Dessa åtgärder kan således klassificeras som Förebyggande eller Förväntande (28) strategier.

I kontrast till Förebyggande och Förväntande strategier står Reaktiva strategier (28). Informanterna känner ibland att de behöver ägna sig åt någonting helt annat eller vara för sig själva när stressen blir för stor och kraven för höga. Här har stressen således inte förebyggts utan strategierna blir ett sätt att hantera det

stressen lett till. Det kommer här till uttryck genom att de t.ex. vill vara för sig själv, umgås med vänner som inte är läkare, lärare eller forskare, eller göra något de trivs med.

Det framkommer att vissa strategier är lättare att använda sig av om man är mer erfaren inom yrket ('att ta en sak i taget', 'allt behöver inte göras', 'det löser sig'). Det är strategier som har utvecklats under många år inom yrket. Även om dessa strategier till viss del är förebyggande, skulle de även kunna ses som Reaktiva (28) i det att de ibland är ett resultat av många års erfarenhet av stressande situationer. Detta kan innebära att yngre disputerade läkare kanske har färre konstruktiva strategier för att hantera stress och således upplever mer stress än äldre mer erfarna disputerade läkare. Det kan även innebära att det finns olika sätt att hantera stress hos yngre och äldre disputerade läkare. Det sistnämnda har framkommit i en studie om sjuksköterskors arbetsrelaterade stress (40), att äldre, mer erfarna sjuksköterskor hade lärt sig att prioritera, använda resurser och tid på ett ändamålsenligt sätt, jämfört med yngre mindre erfarna sjuksköterskor, som gärna reagerade med att gå undan och lämna en stressig situation för en kort stund. I enkätstudien (31) framkom att de yngre läkarna hade signifikant högre stress.

Den stress som uppstår i informanternas vardag, kan även förstås ur ett krav-och-kontrollperspektiv (4, 5). Kraven handlar bl.a. om en tung arbetsbörda. Det är krav som att träffa patienter, gå på möten/sammanträden, undervisa, forska samt de långa vårdköerna, som stressar informanterna (31). I en studie om stress hos läkare (11) framkom det att en aktiv arbetssituation, där höga krav och stor kontroll över kraven under en lång period, hindrade stress från att uppstå. Att göra arbetet mer kontrollerbart, skulle vara ett sätt att reducera stress hos läkarna. För att kontrollera kraven och att hantera stressen försöker informanterna i denna studie att till exempel omprioritera, göra problemen överskådliga, effektivisera arbetet och att inte ta på sig vissa uppgifter. Informanterna förefaller även ha en god självinsikt om sin egen förmåga i förhållande till de krav som ställs. Det har även i andra studier (41) framkommit andra orsaker till att stress uppstår, såsom närheten till döden, sömnbrist, och frustration över patientrelationer. Detta är emellertid något som inte framhävs av informanterna i denna studie.

Eftersom denna studie är en redovisning av olika kvalitativa dimensioner, sprungna utifrån informanternas sociala verklighet, kan ingen generalisering till andra disputerade läkare göras. Det erbjuder emellertid en inblick i dessa disputerade läkares vardag och deras konstruktiva sätt att hantera stress. Fördelen med att intervjupersonerna kände till att varken moderatoren eller bisittaren är läkare är att chansen då var större att de förklarade förhållanden i sin arbetssituation som annars skulle ha ansetts självklara och därför aldrig uttalats. En nackdel skulle kunna vara att det är svårare att som moderator ställa följdfrågor utan att vara helt insatt i intervjupersonernas vardag. Samtidigt kan viss okunskap,

naivitet underlätta att be deltagarna om förtydliganden. Fokusgrupperna i studien är små. Trots detta vågar vi påstå att de gav samma mängd data som större grupper intervjuade under lika lång tid skulle ha gjort. Skillnaden här är att deltagarna fick mer samtalstid än de skulle ha fått i en större grupp. Detta kan innebära fördelar i att de tar sig tid med längre berättelser och funderar mer på problem.

Fördelar med fokusgruppintervjuer som metod är att deltagarna stimulerar varandra till att tänka ett steg längre än de kanske gjort vid en enskild intervju och kan hjälpa varandra att minnas tidigare händelser. Intervjuareffekten är dessutom oftast mindre i fokusgruppintervjuer jämfört med individuella intervjuer (34, 42-44). Interaktionen i gruppen uppmuntras och moderatorn kan hålla sig mer i bakgrunden. Att alla i gruppen ska förstå underlättar tydlighet. I en enskild intervju finns risk att intervjuare och informant förutsätter att de förstår varandra vilket kan leda till feltolkning i analysen (32). En nackdel med fokusgruppintervjuer som metod kan vara att det i en grupp finns individer som är dominant och på så sätt styr övriga gruppmedlemmars utsagor, men eftersom intervjupersonerna i denna studie hade liknande bakgrund bedömdes denna risk som liten. Dessutom hade moderatorn gruppleदारutbildning och stor vana att hantera sådana situationer. Det kan vid fokusgruppintervjuer också vara svårt att systematisera och analysera data eftersom utsagorna som en specifik individ faller är svåra att separera från det som diskussionen handlar om. Det kanske är så att individen följer de sociala lagarna och instämmer i det som sägs i syfte att inte bryta harmonin i gruppen (45). Om dessa risker inte övervakas av moderatorn finns en fara för att utsagorna inte blir tillräckligt tillförlitliga och trovärdiga. Under analysarbetet har det dock inte framträtt några tendenser till en sådan snedvridning av resultatet.

I denna studie har disputerade specialistläkares konstruktiva strategier för att hantera stress undersökts, en grupp som inte tidigare har studerats i detta sammanhang. De strategier som identifierats var av olika art, en del handlade om att förebygga att stressande situationer uppstår, en del strategier handlade om att hantera stress när den uppstod. Många var av kognitiv art. Det framkommer att informanterna har en god självinsikt om sin egen förmåga i förhållande till de krav som ställs på dem. Om de här identifierade strategierna kan överföras till andra professioner, såväl utom som inom hälso- och sjukvårdssektorn, är inte helt säkert. Möjligt är att olika yrken kräver olika uppsättningar av strategier. Det skulle med andra ord vara fruktbart att undersöka om människor från andra sektorer använder andra konkreta strategier än vad den här studiens informanter gör. Vidare, skulle det vara fördelaktigt att undersöka skillnaden mellan erfarna och mindre erfarna disputerade läkare, i deras konstruktiva strategier för att hantera stress. Detta för att mer erfarna läkare kanske har fler strategier för att hantera stress eller olika strategier än mindre erfarna läkare. Slutligen, skulle det vara intressant att analysera stresshanteringen hos disputerade läkare ur ett könsperspektiv, något som inte gjordes i denna studie.

6. Referenser

1. Selye H. Stress in health and disease. Woburn, MA: Butterworth; 1976.
2. Agervold M. Arbete och stress. En introduktion till arbetsmiljöpsykologi. Lund: Studentlitteratur; 2001.
3. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
4. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain; Implications for job redesign. *Administration Science Quarterly* 1979;24:285-307.
5. Karasek R, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic books; 1990.
6. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996;1(1):27-41.
7. Payne R, Cozens J. Stress in health professionals. Chichester: Wiley; 1987.
8. Baird N, Fish J, Dworkind M, Stienhert Y. Physician, heal thyself. Developing a hospital-based physician wellbeing committee. *Canadian Family Physician* 1995;41:259-263.
9. McKevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland W. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine* 1997;19(3):295-300.
10. Thyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. *Tidsskrift Norsk Laegeforening* 2001;30(121):3527-32.
11. Elovainio M, Kivimäki M. Work and strain on physicians in Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998;26(1):26-33.
12. Arnetz B. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine* 2001;52:203-213.
13. Sutinen R, Sivimäki M, Elovainio M, Virtanen M. Organizational fairness and psychological distress in hospital physicians. *Scandinavian journal of Public Health* 2002;30:209-215.
14. Caplan R. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *British Medical Journal* 1994;309.
15. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Journal of Social Science and Medicine* 1997;45(11):1615-1629.
16. Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *Journal of Psychosomatic Research* 2003;54:171-178.
17. Wall T, Bolden R, Borrill C, West M, Carter A, Golya D, et al. Minor psychiatric disorders in NHS trust staff: occupational and gender differences. *British Journal of Psychiatry* 1997(171):519-523.
18. Läkarförbund S. Arbetslivsenkät om läkares arbetssituation; 2000 Oktober.
19. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). *American Journal of Psychiatry* 2004;161:2295-2302.

20. Hawton K, Clements C, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55:296-300.
21. Frank E, Dingle A. Self-Reported Depression and Suicide Attempts Among U.S. Women Physicians. *The American Journal of Psychiatry* 1999;156(12):1887-1894.
22. Hultcrantz E. *Läkare Doktor Kvinna*. Lund: Studentlitteratur; 1998.
23. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine* 2001;52:215-222.
24. Lazarus R. Psychological stress in the workplace. In: Crandall R, Perrewe P, editors. *Occupational stress*. Washington DC: Taylor and Francis; 1995.
25. Taylor S. *Health Psychology*. 4 ed. Singapore: McGraw-Hill Book Co; 1999.
26. Zeidner M, Endler N. *Handbook of coping-theory, research and applications*. New York: Wiley; 1996.
27. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986(50):992-1003.
28. Beehr T, McGrath J. The methodology of research on coping: conceptual, strategic, and operational-level issues. In: Zeidner M, Endler N, editors. *Handbook of coping-Theory, research, applications*. New York: Wiley; 1996.
29. Winefield H, Farmer E, Denson L. Work stress management for women general practitioners: An evaluation. *Psychology, Health and Medicine* 1998;3(2).
30. Bengtsson K, Moren Hybbinette I. *Läkarroll i förändring. Att våga nya vägar*. Lund: Studentlitteratur; 2004.
31. Lindfors S, Alexanderson K, Eintrei C, Gotthard R, Nordström L, Karlsson N. Stressande faktorer bland disputerade specialistläkare anställda vid ett universitetssjukhus. Stockholm & Linköping: Karolinska Institutet & Linköpings Universitet; 2005.
32. Tillgren P, Wallin E. Fokusgrupper historik, struktur och tillämpning. *Socialmedicinsk tidskrift* 1999(4):312-321.
33. Krueger R. *Focus groups. A practical guide for applied research*. London: Sage Publication, Inc; 1994.
34. Nordqvist C, Holmqvist C, Cedersund E, Alexanderson K. Att komma igen. Om att återgå i arbete efter sjukskrivning för rygg-, nack- eller skulderbesvär, en pilotstudie med fokusgrupper. *Socialmedicinsk tidskrift* 1999;76(4):347-356.
35. Alexanderson KE. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
36. Patton M. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3 ed. London: Sage; 2002.
37. Jönsson B. *Tio tankar om tid*. Stockholm: Brombergs Bokförlag AB; 1999.

38. Horiguchi T, Kaga M, Inagaki M, Uno A, Lasky R, Hecox K. An assessment of the Mental Health of Physicians specializing in the Field of Child Neurology. *Journal of Paediatric Nursing* 2003;18(1):70-74.
39. Robinson G. Stresses on women physicians: Consequences and coping techniques. *Depression and Anxiety* 2003;17:180-189.
40. Hall D. Work-Related Stress of Registered Nurses in a Hospital Setting. *Journal for Nurses in Staff Development* 2004;20(1):6-14.
41. McCue J. The effects of stress on physicians and medical practice. *New England Journal of Medicine* 1982(306):458-463.
42. Bojlén NS, Lunde IM. Fokusgruppintervju som kvalitativ forskningsmetode. *Ugekrift for Læger* 1995;157:3315-8.
43. Tillgren P, Wallin E, m. f. Fokusgrupper i forskning och utvecklingsarbete. *Socialmedicinsk tidskrift* 1999;4.
44. Wibeck V. Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur; 2000.
45. Bryman A. Samhällsvetenskapliga metoder: Liber Ekonomi; 2002.