

# Ägande av ansvar

## *Ekonomisk och administrativ praktik i svensk våldtäktsvård*

JENS LINDBERG är fil.dr i etnologi. Han är verksam vid institutionen för socialt arbete samt anknuten till forskningsprogrammet Paths to Healthy and Active Ageing vid Umeå universitet. För närvarande bedriver han forskning om polisens arbete med våldtäkt på män och om e-hälsa för äldre i glesbygd.



New Public Management (NPM) (se Hood 1991) och liknande managementidéer har under de senaste 30–40 åren blivit vägledande i offentlig förvaltning (Almqvist 2004). En central del av dessa idériktningar är att stora organisationer som till exempel sjukvården delas upp i mindre administrativa enheter som verkar i relation till och konkurrerar med varandra (Christensen 2012). Detta medför bland annat uppdelade resultat- och kostnadsansvar (Hood 1995) och ger, som det visat sig, följder för hur sjukvård utförs.

Syftet med den här artikeln är att undersöka NPM-inspirerad vårdpraktik inom svensk våldtäktsvård och analysera vilken inverkan som uppdelade resultat- och kostnadsansvar kan ha för vård och vårdanställda. Jag vill på så sätt argumentera för att det ekonomiska och administrativa i till exempel sjukvård, är förhållanden som bör uppmärksammas i etnologisk forskning.

I den svenska sjukvården har de allra flesta vårdmiljöer ett tydligt formulerat ansvar – vad som inom vården kallas för att *äga ansvar*.

Detta ägande kan beskrivas som en formell uppdelning där olika mottagningar ges enskilt resultat- och kostnadsansvar för en eller flera patientgrupper av en sjukhusledning, ett landsting eller en verksamhetschef. I praktiken innebär detta att mottagningar tar hand om de patientgrupper som de ansvarar för och att de i sin tur får en viss ekonomisk ersättning för de omhändertagandena.

Men systemet med ägande kan också resultera i, säger vårdpersonal, att mottagningar inte omhändertar, utan istället vidarebefordrar patienter som faller utanför mottagningens officiella ansvarsområde och som mottag-

ningen därför inte får någon ersättning för.

I min analys av vårdens administration och dess betydelser för vård och vårdpersonal har jag den teoretiska utgångspunkten att normer om hur sjukvård ska organiseras, prioriteras och utföras finns inbyggda i objekt, praktiker och system (Timmermans & Berg 2010; Bryant 2011), till exempel administrativa praktiker.

Att mottagningar i linje med NPM anses äga ansvar för vissa patienter och inte andra gör att vårdanställda på olika nivåer – chefer och klinisk personal i den här artikeln – får särskilda konsekvenser för vårdpraktiker. Jag kommer i denna artikel att analysera två exempel där vårdmottagningar hänvisar till att de äger olika ansvar och beskriva hur det kan påverka vårdens praktiker.<sup>1</sup> Det material som utgör grunden till artikeln är insamlat under fältarbetet till min avhandling *Orsak: Våldtäkt – Om våldtagna män*, i medicinsk praktik om den svenska sjukvårdens omhändertagande av våldtagna män (se Lindberg 2015).

Materialet omfattar av totalt fem intervjuer med två läkare: Frida, en överläkare vid gynekologiska akutmottagning på Rocksta sjukhus, samt Ewa, en överläkare i psykiatri på Krismottagningen, en psykiatrisk mottagning för bland annat våldtäktsoffer.<sup>2</sup> Förutom det materialet använder jag en gruppintervju som jag genomfört med de anställda på Krismottagningen.<sup>3</sup>

#### TRADITION OCH ÄGANDE AV ANSVAR

Den organisatoriska tilldelningen av ansvarsområden och patientgrupper har ofta

växt fram ur hur man tidigare har organiserat vården och utvecklat ett specialiserat kunnande och arbetssätt. Här kan Krismottagningen stå som ett konkret exempel. Mottagningen startades i mitten av 1990-talet. När jag genomförde intervjuer med överläkaren Ewa, en av grundarna till mottagningen, berättade hon hur den delvis vuxit fram ur hennes personliga engagemang för att hjälpa utsatta kvinnor. Samtidigt beskrev hon hur det engagemanget varit kopplat till en mer omfattande samhällslig utveckling där våldtäkt på kvinnor började uppmärksammas inom bland annat sjukvården.

I *Könsmakt eller häxjakt? Antagonistiska föreställningar om mäns våld mot kvinnor* (2009) beskriver etnologen Gabriella Nilsson hur fenomenet våldtäkt introducerades som samhällsproblem under mitten av 1970-talet och hur det var en följd av en feministisk politisk mobilisering. Under mina intervjuer med Ewa så anknöt hon till den historiska processen. Hon beskrev bland annat de teorier om könat (sexuellt) våld som präglade den rörelsen som ”redskap” med hjälp av vilka hon kunde förstå både sin privata och yrkesmässiga verklighet bättre.

Under 1980- och 1990-talen berättade Ewa, hade hon arbetat på flera mottagningar som i olika utsträckning fokuserat på kvinnliga patienter men hade dessutom, via föreläsningar på universitetet, börjat inse vad ”kön kan betyda” och hur könsförtryck och makthierarkier präglade kvinnors vardag. Parallellt med det fanns det andra inom den svenska sjukvården med likande förhållningssätt som inspirerade Ewa:

Jag hörde talas om [anonymiserat] som är överläkare i Stockholm för kvinnor med missbruksproblem. Hon plöjde upp en ny fåra, hon betonade att kvinnor med missbruksproblem behövde

ver särskild anpassad vård. Och det sammanfaller ju med att, 1982 [...] var ju då jag kom iväg och hörde saker som gjorde att jag tycker att jag fick lite mera blick för det här med makt och kön [...] i alla fall blev jag inspirerad att försöka sträva mot en kvinnoavdelning.

Att arbeta mot en kvinnospecifik mottagning sa Ewa, blev ett sätt att omsätta de framväxande tankarna om strukturellt våld mot kvinnor i praktisk vård och på så sätt försöka motverka de problem som både hon och andra vårdanställda såg i sitt arbete.

Ewas historiska redogörelse och inblandning i Krismottagningen kan fungera som ett praktiskt exempel på hur våldtäkt etablerats som samhällsproblem från 1970-talet och framåt. Samtidigt kan mottagningen illustrera hur de teorier om mäns våld mot kvinnor som Ewa beskrev haft inverkan på den (mer eller mindre) organiserade våldtäktsvård som sedan dess växt fram. När jag genomförde mitt fältarbete (2009–2014) följde Krismottagningen i flera avseenden hur den nutida våldtäktsvården ofta är organiserad. Personalen hade liknande kompetenser som vid andra specialiserade mottagningar jag besökte eller hörde något om. Ewa berättade att mottagningen använde tillvägagångssätt som utvecklats i sammanhanget av våldtäktsvård – man använde fysioterapeuter, samtalsterapi och de erbjöd olika gruppbaseade behandlingsformer. Framför allt var dock mottagningens arbete orienterat mot kvinnor som varit utsatta för sexuellt våld och/eller partnervåld, och flera i personalen underströk (precis som andra vårdanställda under mitt fältarbete) att kvinnor ibland inte ville möta män på mottagningen efter att de traumatiserats vid sexuella övergrepp.

När Krismottagningen öppnades hade

den ett tydligt fokus på utsatta kvinnor i sin dagliga verksamhet.

#### ÄGA ANSVAR FÖR SPECIFIKA PATIENTGRUPPER

När Krismottagningen skulle startas hade Ewa varit tydlig inför den dåvarande verksamhetschefen att hon, som en reaktion på bristen av vård för utsatta kvinnor, ville rikta mottagningen mot den gruppen. Detta till trots hade chefen understrukt att verksamheten skulle vara öppen för utsatta personer – dvs. män och kvinnor – och inte vara könsspecifik:

Det var en allmän debatt och då avsattes det lite medel för att satsa på en öppenvårdsmottagning för utsatta kvinnor, eller utsatta *personer* [min kursivering] ville verksamhetschefen, han ville inte att det bara skulle vara till för kvinnor utan personer.

I mina samtal med Ewa var det påtagligt hur verksamhetschefens fastställande av mottagningens formella ansvar var starkt bidragande till att den var öppen även för män, inte bara kvinnor som Ewa hade framhärdat. Personalen på mottagningen beskrev i sin tur inte den inriktningen som ett principiellt problem, däremot som ett praktiskt.

Vid gruppintervjun där Ewa också deltog reflekterade hon och de andra kring hur de skulle ge manliga patienter ett bra och jämställt bemötande när många kvinnor inte ville träffa män på mottagningen. För trots att Krismottagningen formellt sett ägde ansvaret för både kvinnor och män, var deras patienter i praktiken kvinnor.

Vid den tidpunkt då jag påbörjade mitt fältarbete uppgav personalen att endast 7 procent av de patienter som sökte vård hos

dem var män. Från perspektivet att kvinnor var i majoritet var det väldigt viktigt för personalen att finna sätt att bemöta kvinnliga patienters önskemål – bland annat att inte behöva möta män. Ett alternativ som diskuterades var att bygga två olika väntrum så att kvinnor kunde välja att inte sitta med män. Samtidigt framstod det, med utgångspunkt ifrån mottagningens ägande av ansvar, som centralt för personalen att ge ett bra och jämlikt bemötande till de förhållandevis få männen.

Under mitt fältarbete fanns det även andra exempel på hur ägande av ansvar kunde manifesteras sig och skapa komplexa situationer för vårdpersonal att hantera. Under mina intervjuer med Frida, överläkare på Rocksta sjukhus akutmottagning för gynekologi, berättade hon om hur mottagningens verksamhetschef i början av 2010-talet kommit med nya direktiv om att personalen, till skillnad från förut, inte tilläts boka in patienter för återbesök. Mottagningen ägde enligt chefen ansvar för *akuta* fall, inte återbesök eller likande verksamheter – allt utanför det akuta var för öppenvården att hantera. Tidigare, berättade Frida, hade personalen bokat återbesök för våldtäktsutsatta kvinnor. Det ansågs vara ett bra och effektivt sätt att behandla den gruppen patienter, bland annat så slapp de att berätta samma (våldtäkts)historia flera gånger för olika människor. Dessutom hade personalen på mottagningen specifik kompetens inom våldtäktsvård, det har man mer sällan inom öppenvården menade Frida. Som en följd av detta var återbesök en arbetsmetod som ibland (men inte alltid) användes. Och personalen var bra på sitt arbete, de fick under den tid som jag genomförde mitt fältarbete en nationell utmärkelse för sitt arbete med våldtäktsoffer.

I våra samtal berättade Frida hur personalen var frustrerad över verksamhetschefens direktiv om återbesök och fortfarande i vissa fall frångick dem, ett trotsande av förhållningsorder som skulle kunna tolkas som en sorts professionell civil olydnad. Men trots att personalen i enskilda fall struntade i rutinerna var deras möjligheter att i större skala boka återbesök kraftigt kringskurna. Det gjorde, enligt Frida, så att vården försämrades, både för patienter och på ett mer övergripande plan.

Förutom att öppenvården var sämre på våldtäktsvård, menade Frida att planerade återbesök på deras mottagning verkade minska våldtäktsoffers vårdanvändning i stort. Våldtäktsutsatta är stora vårdkonsumenter sa hon – det var en vedertagen kunskap bland de vårdanställda som jag träffade som kan underbyggas av olika studier (se t.ex. Stenson, Claesson & Heimer 2006). Genom att tidigt boka ett mindre antal återbesök beskrev Frida hur personalen kunna begränsa många offers långvariga kontakt med vården, samtidigt som kvinnorna verkade må förhållandevis bra. Det hade hon tydligt påtalat för verksamhetschefen, men precis som vid Kris-mottagningen tycks det som att gynekologimottagningens specifika resultat- och kostnadsansvar vägde tyngre än personalens argument.

#### NEW PUBLIC MANAGEMENT I VÅLDTÄKTSVÅRD

I de fall som jag tagit upp från den svenska våldtäktsvården tycks det ekonomiska och administrativa överskugga frågor som har med konkret vårdarbete att göra (jfr Nilsson 2008). Ekonomi och administration trumfar så att säga vårdanställdas egna

omdöme och vad som framstår som etablerad och beprövad medicinsk erfarenhet.

Som jag gett exempel på från Rocksta sjukhus, prioriterades där gynekologimottagningens budgetfrågor i förhållande till personalens professionella bedömningar. Detta kunde enligt personalen ha långtgående konsekvenser för vårdkvaliteten för våldtäktsutsatta men framstod också, något paradoxalt, kunna vara negativt för ekonomin. Återbesök kunde i många fall minska patienternas vårdskonsumtion och bidrog på så sätt till att spara pengar för vården i stort. I Ewas berättelser går det att se hur Krismottagningens ägandeförhållanden inskränkte det etablerade perspektiv på sexuellt våld som växt fram under 1970-talet och låg som grund för mottagningens (och många andra vårdmiljöers) verksamhet än idag. Det gav som jag beskrivit upphov till svåra dilemman för personalen, till exempel hur de skulle kunna tillgodose både våldtagna mäns och kvinnors vårdbehov. Det i sin tur resulterade i provisoriska lösningar som personalen inte var nöjda med, men ändå ansåg nödvändiga. Ett exempel på det var när personalen talade om att bygga två olika väntrum för patienter att välja mellan.

Beroende på vilket perspektiv man väljer kan de ägandeförhållanden som jag tagit upp i artikeln analyseras på olika sätt. En möjlig tolkning är att ekonomin och det administrativas framträdande roll inom vården bidragit till att förhindra en (vid en tidpunkt) progressiv och specialiserad kvinnosjukvård. Det beslutet kom samtidigt att ha en avsevärd betydelse för deras nutida verksamheter. Skrivningen att mottagningen ansvarar för personer och inte bara kvinnor, framstod i mina samtal med personalen som en avgörande

förutsättning för att mottagningen kommit att lägga en allt större tonvikt på hbtq-personer.

Det finns också en annan analys som ligger närmare mitt ursprungliga studieområde: värden av våldtagna män. I den bidrar verksamhetschefens beslut – oavsett vilken intentionen med det är – till att möjliggöra organiserad våldtäktsvård för en patientgrupp som sällan uppmärksammas. I en översikt som RFSU (Fagerström 2014) gjort erbjöd knappt hälften av 21 tillfrågade sjukhus och regioner i Sverige psykologiskt stöd till våldtagna män. Oavsett vilken tolkning man väljer har dock de NPM-inspirerade vårdpraktiker jag tagit upp, trots att det sällan talas om dem i praktisk vård, på väldigt konkreta sätt påverkat våldtäktsvården vid Krismottagningen och Rocksta sjukhus.

#### EKONOMISK OCH ADMINISTRATIV PRAKTIK I ETNOLOGISK FORSKNING

Genom att belysa hur kulturella, ekonomiska och administrativa strukturer kan samverka och som i de fall jag tagit upp, skapa både problem och möjligheter för våldtäktsutsattas möjligheter till en bra och jämlik vård breddas analysen.

Inom etnologin kan en sensibilitet inför det ekonomiska och administrativa bidra till en djupare förståelse av kulturella fenomen, både inom sjukvården och andra liknande organisationer.

För direktiven om att inte låta personalen på Rocksta gynekologimottagning boka återbesök verkade inte handla om en generell meningsförskjutning i vårdens syn på våldtäkt – tvärtom hade regeringen bara ett par år tidigare lanserat en handlingsplan om mäns våld mot kvinnor där

sjukvården beskrevs som en central aktör.<sup>4</sup> Snarare framstår verksamhetschefens NPM-influerade direktiv som en upprioritering av det ekonomiska och administrativa där personalens vårdperspektiv får mindre spelrum. På så sätt skapas en ordning som ser strikt på vårdmiljöers ansvar, men kan skapa svåra förhållanden för både patienter och personal att hantera.

## NOTER

- <sup>1</sup> Denna artikel bygger på exempel och resonemang som jag utvecklat i mitt avhandlingsarbete (se Lindberg 2015).
- <sup>2</sup> Alla namn på vårdmiljöer som förekommer i artikeln är fingerade. Detta gäller även de personnamn som nämns.
- <sup>3</sup> Dessa intervjuer valdes ut för att Frida, Ewa och Krismottagningens personal särskilt behövt arbeta med hur administrativa och ekonomiska praktiker inverkar på det dagliga arbetet i våldtäktsvården. I deras uttag finns därför extra tydliga exempel på detta.
- <sup>4</sup> Se *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer* (Skr 2007/08:39).

## REFERENSER

- Almqvist, Roland, 2004. *Icons of New Public Management: Four Studies on Competition, Contracts and Control*. Stockholm: Företagsekonomiska institutionen, Stockholm universitet.
- Bryant, Levi R., 2011. *The Democracy of Objects*. Ann Arbor: Open Humanities Press.
- Christensen, Tom, 2012. "Post-NPM and changing public governance", i *Meiji Journal of Political Science and Economics*, 1(1), 1–11.
- Fagerström, Åsa, 2014. Män som utsatts för sexuella övergrepp – hur hanteras de i vården? [www.rfsu.se. http://www.rfsu.se/Bildbank/RFSU-kliniken/Man\\_som\\_utsatts\\_for\\_sexuella\\_övergrepp\\_rapport.pdf?epslanguage=sv](http://www.rfsu.se/Bildbank/RFSU-kliniken/Man_som_utsatts_for_sexuella_övergrepp_rapport.pdf?epslanguage=sv). (Hämtat 13 april 2017.)
- Hood, Christopher, 1991. "A public management for all seasons?", i *Public Administration* 69.1 3–19.
- Hood, Christopher. 1995. "The new public management in the 1980s: Variations on a theme", i *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3), 93–109.
- Lindberg, Jens, 2015. *Orsak: Våldtäkt – Om våldtagna män i medicinsk praktik*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Nilsson, Bo, 2008. "Ideologiska strategier och maskulin rationalitet: Kirunas stadsomvandling", i *Kulturella Perspektiv – Svensk etnologisk tidskrift*, nr 1: 40–48.
- Nilsson, Gabriella, 2009. *Könsmakt eller häxjakt? Antagonistiska föreställningar om mäns våld mot kvinnor*. Lund: Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet.
- Skr 2007/08:39. *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*.
- Stenson, Kristina; Claesson, Ingrid & Heimer, Gun, 2006. *Våldsutsatta kvinnors hälsa och livssituation: – En longitudinell deskriptiv studie*. Uppsala: Akademiska sjukhuset, Uppsala universitet.
- Timmermans, Stefan & Berg, Marc, 2010. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press.

## SUMMARY

*Owning Responsibility  
Economic and Administrative Practice  
in Swedish Rape Care  
(Ägande av ansvar  
Ekonomisk och administrativ praktik  
i svensk våldtäktsvård)*

Throughout the last 30–40 years, New Public Management (NPM) has come to dominate public administration. The aim of this article is to explore NPM-inspired practices in rape care and analyse how care milieus' specific responsibilities for economy and results – to own responsibility – effects care and care personnel. That way I want to argue that economy and administration needs to be further acknowledged in ethnological research. In the article interviews with healthcare professionals are used as empirical material. Focusing on two departments and their owning of responsibility, it highlights how economy and administration is

highly valued in rape and health care and, as a consequence, the impact of professionals' knowledge, experience and ambition is reduced. In practice, this creates intricate situations for health care personnel to handle, but also affect care quality in various ways. Conclusively, I discuss how an increased sensitivity regarding economy and administration can serve to broaden the scope on health

care and other organisations, both within ethnology and research on male rape.

*Keywords: NPM, health care, administration, rape, male rape.*

*Jens Lindberg, PhD in Ethnology, Department of Social Work, Umeå University, Umeå, Sweden.*