

Vårdens arbetshälsa 2000

# Vården under 90-talet

## Del I. Den organisatoriska nivån

Rapport från Yrkesmedicinska enheten ● 2000:4

Vårdens arbetshälsa. Vården under 90-talet. Del I: Den organisatoriska nivån.



**Yrkesmedicin**

Yrkesmedicinska enheten • Norrbacka • 171 76 Stockholm  
tel 08-517 730 56 • fax 08-33 43 33 • yrkesmedicin@smd.sll.se

ISSN: 1401-0550

**Y**rkesmedicin har ett uppdrag från Stockholms läns landsting att vart fjärde år ge ut en Arbetshälsorapport om arbetsvillkor och hälsa i Stockholms län. I 1999 år Arbetshälsorapport framstod vårdens anställda som en riskgrupp med försämrade arbetsvillkor och många och upprepade omorganisationer i hög förändringstakt. Man beslöt därför att ge ut en rapport för att särskilt belysa vårdens arbetsvillkor och arbetshälsa under 90-talet.

Vårdens Arbetshälsorapport har sammanställts vid Yrkesmedicin. Flera personer har ingått i en arbetsgrupp och bidragit till rapporten – Annika Härenstam, Ingvar Lundberg, Gun Nise, Inga-Lill Petterson och Christina Wiktorin. Patrik Schéele har genomfört en stor del av de statistiska analyserna. Ytterligare bidrag har kommit från Gun Johansson och Gunilla Pernold. Rolf Å. Gustafsson, Stockholms stads FoU-enhet, har anlitats för att i kapitel 2 diskutera övergripande förändringar i vård och omsorg ur ett arbetsmiljöperspektiv.

Materialet har varit omfattande och Vårdens arbetshälsorapport 2000 finns i en förkortad version. Det totala materialet redovisas oavkortat inklusive samtliga referenser i två rapporter i Yrkesmedicins rapportserie (Vården under 90-talet. Den organisatoriska nivån, 2000:4 och Vården under 90-talet – Empiriska studier 2000:5). Denna rapport utgör del I. Diskussion och slutsatser ingår i både del I och del II.

# Innehåll

ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR OCH NYA STYRFORMER I VÅRD OCH OMSORG.....	6
Nationella vårdreformer .....	6
ÄDEL-reformen.....	7
Handikappreformen .....	9
Psykiatrireformen .....	9
Läkemedelsreformen.....	11
Husläkarreformen .....	11
Samverkansmodeller .....	12
Nya styrformer i landstingen .....	13
Effekter av förändringar på ekonomi, produktivitet och kvalitet.....	16
Konsekvenser av förändringarna för personalens arbetsmiljö.....	17
Sammanfattning .....	21
Referenser.....	22
VÅRDENS OCH OMSORGENS FÖRÄNDRADE KARAKTÄR I STOCKHOLMS LÄN UNDER 90-TALET – OMORGANISERING, NEDSKÄRNING OCH ENTREPRENADISERING.....	26
Inledning.....	26
Systemen för uppföljning och statistikproduktion under omstrukturering.....	28
1990-talets nationella vårdpolitik i ett arbetsmiljöperspektiv .....	29
Summering nationellt .....	35
1990-talets vårdpolitik i länet i ett arbetsmiljöperspektiv .....	36
Stockholmslandstinget.....	38
Länets kommuner .....	42
Länets vårdpersonal –hur många, var och vilka vårdbehov möter man?.....	43
Arbetsvillkor i länets slutna vård och omsorg .....	47
Arbetsvillkor i länets öppna äldreomsorg .....	50
Arbetsvillkor i länets primärvård.....	51
Sammanfattning .....	56
Referenser.....	58
JÄMFÖRELSE MELLAN ARBETSMILJÖER I LANDSTING MED OLIKA STYRMODELLER .....	63
Arbetsbördan i landsting med olika styrmodeller.....	64

Personalresurser i landsting med olika styrmodeller .....	67
Kontroll och inflytande.....	67
Utvecklingsmöjligheter .....	69
Det sociala stödet.....	70
Arbetshälsan i landsting med olika styrmodeller .....	71
Sammanfattning .....	72
Referenser.....	74
<b>ORGANISATION OCH ARBETFÖRHÅLLANDEN – RESULTAT FRÅN MOA-PROJEKTET .....</b>	<b>75</b>
Kvalitativa analyser .....	75
Välfärdssektorn .....	76
Sammanfattning och kommentarer .....	78
Kvantitativa analyser .....	79
Metoder och dataunderlag .....	79
Metoder och frågeställningar .....	81
Organisatoriska strukturer och förändringar i tre verksamhetstyper .....	81
Arbetsförhållanden i olika verksamhetstyper .....	84
Kommentarer .....	87
Lust att vårda eller vårdförlust? .....	87
Det externa perspektivet.....	87
Arbetets krav på tänkande.....	89
Det interna perspektivet.....	90
Sammanfattning .....	97
Referenser.....	98
<b>DISKUSSION OCH SLUTSATSER .....</b>	<b>99</b>
Förändrade mönster i information och sociala kontakter .....	100
Förändrad arbetsbelastning .....	101
Arbete och hälsa .....	102
Olika konsekvenser för olika grupper .....	103
Arbetsledning.....	105
Styrsystem och inflytande .....	105
Kompetens.....	106
Vårdens drivkraft.....	107
Vad kan göras bättre? .....	108

# Organisationsförändringar och nya styrformer i vård och omsorg

*Inga-Lill Petterson*

## Nationella vårdreformer

Svensk hälso- och sjukvård har under 90-talet kännetecknats i av reformer, som berört såväl landsting som kommuner. Landsting och kommuner har alltmer övertagit ansvaret för att finansiera och producera hälso- och sjukvård även om staten fortfarande har det övergripande hälsopolitiska ansvaret (SOU 1999:66, bilaga 2–6, s.234). Svensk sjukvård styrs idag av 18 landsting, två regioner och en kommun. Den 1 januari 1999 slogs fem landsting inklusive Göteborg och Malmö stad samman till två stora regioner, Västra Götalandsregionen (Bohuslandstinget, Älvsborgs och Skaraborgs läns landsting samt Göteborg stad) och Skåneregionen (Kristianstad och Malmöhus läns landsting samt Malmö stad). Gotlands kommun är enda kommun i Sverige som ansvarar för både landstingets och kommunens skyldigheter när det gäller vård. Genom reformerna under 90-talet har 20 landsting och 289 kommuner blivit sjukvårdshuvudmän.

Under 80-talet talades om ekonomisk kris i offentlig sektor och inom vården i synnerhet även om detta inte fått odelat stöd vid internationella jämförelser. Organisationsförändringar har använts i syfte att effektivisera vården. Enligt Borgert (1992) har organisationsidéer passerat som modiföreteelser, ofta initierade utifrån en politisk/administrativ referensram och mindre ofta utifrån insikt om sjukvårdens vardagsliv eller byggda på reflektion och eftertanke för att möta utvecklingsproblem. Förändringarna har från vårdens verksamhet ibland mötts med skeptisk och avvaktande hållning i kombination med rädslan att bli lämnad utanför. Regeringen tillsatte 1992 en kommitté, HSU 2000, med syfte att utreda svensk hälso- och sjukvårds finansiering och organisation. Slutbetänkandet kom 1999 (SOU 1999:66).

Kapitlet beskriver med referens till aktuell litteratur (Falk & Nilsson, 1999, SOU 1999:66; Blomgren, 1999; Stockholms läns landstings och Socialstyrelsens slutrapport från uppföljningen av ”Utvecklingsplanen”, 2000) förändringar på det nationella planet och i stora drag i Stockholms läns landsting.

Under 1990-talet genomfördes fyra reformer som innebar huvudmannaskapsförändringar, Ädel- (1992), Handikapp- (1994), Psykiatri- (1995) samt Läkemedelsreformen (1996). Ytterligare en vårdreform, Husläkarreformen (1994), infördes och avvecklades under perioden. Ett

övergripande syfte med reformerna var att öka produktivitet och effektivitet i vården samtidigt som man ville bevara en rättvis fördelning av vård (Törnqvist, 1999). Andra förändringar under 90-talet var Chefsöverläkarreformen 1991, som reglerar administrativt ledningsansvar i sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen reglerar sjukvårdshuvudmännens skyldighet att erbjuda lättillgänglig vård medan motsvarande lagliga rätt för patienten att få tillgång till god vård saknas. I lagen nämns ej heller vilka väntetider som är förenliga med god vård. I syfte att hantera vårdköerna infördes en vårdgaranti för patienterna 1 januari 1992, som berörde 12 sjukdomsdiagnoser och innebar att ingen skulle behöva vänta på operation mer än tre månader. Vårdgarantin var ett Dagmaravtal – en frivillig överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Socialdepartementet. Staten bidrog med viss finansiering och samtliga landsting valde att följa överenskommelsen. Vårdgarantin förlängdes utan statliga medel. Av Socialstyrelsens utvärdering (1997), framgick att vårdgarantin kortade köerna och väntetiderna men att effekten var kortvarig. Vårdgarantin har successivt förändrats (SOU 1997:154) för att gälla alla patienters tillgänglighet. Under 1999 utvidgas vårdgarantin till att med få undantag omfatta alla medicinskt motiverade behandlingar (Socialstyrelsen, 1999b).

## ÄDEL-reformen

*ÄDEL-reformen* gav kommunerna huvudansvaret för äldrevård från januari 1992. Syfte var att lägga huvudansvaret på en av huvudmännen, vilket skulle effektivisera verksamheten och ge bättre vård. I samband med ÄDEL överfördes ekonomiska resurser till kommunen. För vårdpersonalen har ÄDEL inneburit att 66 000 av personalen i svensk hälso- och sjukvård under 1992 och 43 000 under åren 1993–96 har bytt huvudman (Petterson, 1999).

Insatser för boende, service och vård för äldre, långtidssjuka och handikappade samordnades. Kommunerna fick ansvar för sjukhem och somatisk långtidssjukvård, betalningsansvar för vård från landsting eller annan vårdgivare samt ansvar för service och omvårdnad i särskilt boende för äldre och för yngre funktionshindrade personer. Även dagverksamhet ingick i kommunens ansvar. Kommunens skyldighet gällde inte läkarvård men en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) skulle finnas i varje verksamhet. Med regeringens medgivande kunde kommunen i överenskommelse med landstinget överta hemsjukvården i det vanliga boendet. I frivilliga överenskommelser med landstinget kunde även psykiatrisk långtidsvård och primärvård överföras till kommunen.

En försöksverksamhet med kommunal primärvård genomfördes i sju kommuner/landsting under perioden 1992–99. Endast tre av dessa är

1999 kvar i försöksverksamheten. Försöket har lett fram till ett förslag till regeringen om ökad samverkan mellan kommuner och landsting utan skifte av huvudmannaskap. Enligt Socialstyrelsens utvärdering (1998a) fanns stora variationer mellan kommuner och inga generaliserbara effekter av försöket.

Geriatriska klinikers ansvar var kvalificerad rehabilitering och diagnostik, undervisning och utveckling samt stöd till primärvård och socialtjänst i vården av äldre och handikappade.

#### Effekter av ÄDEL-reformen

Socialstyrelsens (1996) utvärdering av ÄDEL-reformen visade att den tydligaste effekten var minskat antal vårdplatser i akutsjukvård och geriatrik 1992–96 eftersom kommunerna övertog vården av medicinskt färdigbehandlade patienter. Patienternas vårdtyngd i kommunernas särskilda boende ökade och krävde medicinska rehabiliteringsinsatser, som kommunerna saknade beredskap för. Brister i det medicinska omhändertagandet påvisades bland annat beroende på att kommunens skyldighet inte omfattade läkarvård.

Förutsättningar för äldreomsorg förändrades med ÄDEL-reformen (Socialstyrelsen, 1998b). Levnadsnivån försämrades för boende och allt färre äldre fick hjälp med service och hushållsarbete. Trots att personalens kompetens hade ökat och en medicinskt ansvarig sjuksköterska möjliggjorde bättre uppföljning av vårdkvaliteten, bedömdes den medicinska kompetensen i kommunens vård inte tillräcklig.

Allt fler äldre i befolkningen har ökat vårdtyngden. Genom att överföra medicinskt färdigbehandlade patienter till kommunen men också genom bättre metoder för medicinsk dagvård och dagkirurgi, har antalet vårdplatser vid sjukhusens korttidsvård minskat med 40% sedan 1992. Då ansvaret för sjukhusens färdigbehandlade patienter övertogs av kommunen, ökade vårdtyngden för kommunens personal. I slutenvården fanns visserligen kvantitativt sett färre patienter men andelen svårt sjuka ökade och gav på så sätt en ökad vårdtyngd för personalen.

Ädel har kritiserats för att inte ha medfört den förbättring av äldreomsorgen som reformen avsåg. Brister i omvårdnad och medicinska insatser har ifrågasatts. Samordningsvinsten minskade dessutom av parallella organisationer för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamhet.



## Handikappreformen

*Handikappreformen* kom 1994. Bakgrunden var det bristande stöd till funktionshindrade, som uppmärksammats i handikapputredningen och stora skillnader i insatser mellan olika landsting. Reformen innebar större ansvar för funktionshindrade för både kommun och landsting enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och LASS (lagen om assistansersättning) (1993:387; 1993:389). Med reformen avvecklades vårdhem och specialsjukhus för utvecklingsstörda och all landstingsverksamhet enligt omsorgs- och elevhemslagen överfördes till kommunen, som fick totalansvar för rådgivning, stöd, personlig assistans, bostad med särskild service, kontaktperson och ledsagare.

Landstingets ansvar var att erbjuda habilitering/rehabilitering, hjälpmedel för funktionshindrade och tolk för bosatta inom landstinget. Kommunen hade motsvarande ansvar i kommunens hälso- och sjukvård i särskilt boende och hemsjukvård samt för att bedriva uppsökande verksamhet bland funktionshindrade.

### Effekter av Handikappreformen

Reformen har lett till ökat intresse och kunskap om habilitering och rehabiliteringsområden och ökad medvetenhet om behovet av insatser. Vård- och rehabiliteringsprogram har startat i både regional och nationell verksamhet. Kunskaps- och kompetenscentra har byggts upp för att utbilda breda team att hantera handikappades situation.

Socialstyrelsen drog vid utvärdering (1997a) slutsatsen att personlig assistans gett ökad valfrihet, inflytande och livskvalitet för dem som beviljats denna möjlighet, att funktionshindrade har lägre standard än övriga befolkningen och att insatserna tenderar att minska i takt med ökat stödbehov. Brister i bemötandet av handikappade har påvisats.

## Psykiatrireformen

*Psykiatrireformen*. Reformen trädde i kraft 1995. Syftet var att förbättra psykiskt funktionshindrades livssituation med ökade krav på samhällsinsatser för vård och omsorg. Reformen gav kommunerna huvudansvar för att samordna insatserna samtidigt som 15–20% av psykiatrins resurser överfördes till kommunerna. Kommunen fick betalningsansvar för psykiatriska patienter, som efter 3 månaders vårdtid bedömts som medicinskt färdigbehandlade i slutenvård. Reformen ersatte tidigare frivillig psykiatrisk långtidssjukvård i kommunen. Kommunen fick därmed huvudansvar för att planera, initiera och samordna sociala insatser för service, boende, sysselsättning, fritid, arbete, rehabilitering, social gemenskap jämte stöd och vård till personer med varaktigt psykiatriskt funktionshinder. Genom

reformen omfattar kommunens ansvar både fysiskt och psykiskt funktionshinder.

#### Effekter av Psykiatrireformen

I Socialstyrelsens utvärdering (1998c) konstaterades att 85% av Sveriges kommuner undersökt behovet av insatser, att behovet var stort och att ökat anhörigstöd behövdes. Reformen synliggjorde behovet av insatser för cirka 40–46 000 psykiskt funktionshindrade. Socialstyrelsen (1999a) konstaterade att vissa insatser varit framgångsrika och minskat behovet av slutenvård. Påtalade brister var att många berörda saknade daglig sysselsättning, enskildas inflytande var lågt, rehabiliteringsresurser minskar och tillgång till vård måste förbättras.

I Stockholm trädde reformen i kraft vid årsskiftet 1995–96. Enligt Stefansson & Wicks (1999) innebar den att vårdplatser i psykiatrin minskade med 26% under 1995–98. Detta medförde stor personalminskning i psykiatrin under 1996–98 med totalt 12% (läkare–5%, sjuksköterskor/ undersköterskor–5%, mentalskötare–17%, psykologer–4%, kuratorer–9%, sjukgymnaster/ arbetsterapeuter–12% och övrig personal–17%). Viss del av den personalen överflyttades till kommunen. I samband med reformens genomförande 1996 övergick 250 mentalskötare till socialtjänsten.

Mentalskötare var enligt Yrkesmedicinska enhetens Arbetshälsorapport (1995) en utsatt yrkesgrupp inom Stockholms läns landsting med risk för arbetsskador, hot och våld i arbetsmiljön, låg kontroll och sämre arbetshälsa än andra yrkesgrupper.

En intervjustudie av personalens arbetsförhållandena inom psykiatrin i SLL genomförd vid tiden för Psykiatrireformens införande, visade en blandad bild (Parmasund, 1997). Reformen, som berörde cirka 450 anställda, 275 mentalskötare, 75 sjuksköterskor samt arbetsterapeuter och rehabiliteringspersonal, ledde till ökade kompetenskrav, omflyttningar och övertalighet bland personalen. Besparingar innebar försämringar för både patienter och personal över tid. Mentalskötare hade låg status och begränsat inflytande även om kompetenssatsningar i samband med reformen gav högre status och större patientansvar. Hot och våld var ett allmänt förekommande arbetsmiljöproblem och mentalskötare hade bristande tillgång till handledning i att hantera hot och våld. Mentalskötarnas uttryck för oro och osäkerhet inför framtiden tillskrevs patienten. Trots att mentalskötare ansetts som en riskyrkesgrupp i Stockholms län, visade intervjustudien hög arbetstrivsel och engagemang med stöd och trygghet i arbetsgruppen. Underläkare inom psykiatrin hade jämförelsevis sämre arbetsmiljö med mindre handledning, mer ensamarbete, tidsbegränsad anställning, svag social förankring på arbetsplatsen, dold övertid och alltför stort ansvar. De upplevde vidare bristande stöd från ledningshåll. Rapporten sammanfattar organisationsförändringarna inom psykiatrin som kortsiktiga besparingar. I intervjuerna uttrycktes risk för försämrad uppföljning med kroniskt lidande för patienterna. Vikten av ett fungerande samarbete mellan slutna och öppna vårdformer i psykiatrin påpekas som en förutsättning för fungerande psykiatrisk vård.

## Läkemedelsreformen

*Läkemedelsreformen 1997.* Läkemedel utgjorde en växande del av totala sjukvårdskostnaden och dyra läkemedel förskrevs allt oftare. Beslut om ny läkemedelsreform togs 1996. Reformen genomfördes i två steg. En läkemedelsförmån för öppenvårdspatienter kom 1997. Från 1998 har kostnadsansvaret successivt övertagits av landstingen. Landstingens läkemedelskommittéer har därmed fått större ansvar. Genom totalt kostnadsansvar för landstingen för hälso- och sjukvård, inklusive läkemedel, blev det möjligt att utifrån patientens behov väga läkemedelsbehandling mot andra insatser. För patienten innebar reformen ett tak för läkemedelsutgifter på 1 800 kr under ett år.

### Effekter av läkemedelsreformen

När reformen utvärderades av Socialstyrelsen framgick att 5–8% av hushållen under 1997 avstod från läkemedel av kostnadsskäl (Socialstyrelsen, 1998d).

## Husläkarreformen

*Husläkarreformen* infördes i januari 1994 men hann inte slutföras i alla landsting på grund av ändrad politisk inriktning. Syftet var att öka kontinuitet, tillgänglighet och service i öppenvård genom att låta alla invånare lista sig hos valfri husläkare. Husläkaren skulle ha övergripande, tydligt ansvar för patientmottagning, jour, hembesök, rådgivning, förebyggande insatser samt samverkan med andra vårdgivare. Verksamheten bekostades med en fast ersättning per ansluten individ. Lagen upphävdes 1996 med motiveringen att valfrihet för patienten inte blev den avsedda och att primärvården skulle organiseras efter enskilda landstings lokala förutsättningar. I stället infördes en bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen som gav patienten rätt att välja kontinuerlig läkare i primärvården. Studier har pekat på att husläkarnas arbetssituation försämrades i och med att reformen infördes.

En intervjustudie (Parmasund, 1996), som utvärderade husläkares arbetssituation, visade att reformen lett till en försämrad arbetssituation genom en kombination av högt arbetstempo, osäkra yrkesroller och bristande stöd från ledningen. Genom listning fick vårdcentralerna på kort tid ökat antal patienter med höga förväntningar på omhändertagande. Husläkare kontrollerade inbokningen av patienter men upplevde svårigheter att hantera ökade patientkrav. Valfrihet för patienten ledde till ojämn arbetsbelastning mellan husläkare då patienter hos en husläkare kunde vara spridda över stora områden. Vårdtyngden varierade mellan husläkare på grund av äldre befolkning i vissa områden. Besparingsåtgärder påverkade all personal och innebar att vikarier inte tillsattes vid frånvaro eller att kringfunktioner reducerades. Antalet undersköterskor och läkarsekreterare minskade, mottagnings-sköterskor försvann helt. Revir bevakades mellan yrkesgrupper. Samarbetet mellan läkare och distriktssköterska försvårades. Distriktssköterskan arbetade mindre med förebyggande insatser och hembesök. Möjligheter till kompetensutveckling minskade. Omfattande administrativt arbete, ofta på övertid, minskade utrymmet för reflektion och återhämtning. Samtidigt fick primärvården ansvaret för allt fler uppgifter och det fanns en oro för ytterligare nedskärningar. Inflytande över arbetsorganisation och fördelning av arbetsuppgifter och ansvar bedömdes i rapporten som viktiga arbetsmiljöfrågor vid vårdcentralerna och det fanns behov av handledning.

## Samverkansmodeller

Behov av finansiell samverkan uppstod redan på 80-talet. Samverkansformer har prövats för att utnyttja samlade resurser mera effektivt (Socialstyrelsen, 1998b). *Finsam* är ett försök med ekonomisk samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring 1993–97 (Socialstyrelsen, 1997c). I tolv försöksområden hade sjukvård och försäkringskassa gemensamt ansvar för kostnader för sjukpenning och rehabiliteringssättning. Avsikten var att styra över medel från sjukförsäkring till vård och rehabilitering (SOU 1999:66, bilaga 2–6, s 227). Ett annat samverkansförsök är *Socsam*, som startade i en kommun 1994 (Socialstyrelsen, 1997d). Försöket beräknas pågå till 2001 och flera kommuner ansluter efter hand. Socsam innebär samordning av medel för hälso- och sjukvård, socialförsäkring och socialtjänst och är en fortsatt utveckling av *Finsam*. Socsam finns 1999 i åtta försöksområden i Sverige. Den senaste försöksverksamheten startade i Haninge 1998. Hinder och möjligheter i förändringsarbetet i Haninges Socsam-projekt utvärderas med intervjuer, som visar behov av mer dialog mellan samverkansgrupper för att utveckla målsättning, definiera begrepp och öka förståelsen för olika perspektiv (Sandström, 1999).

*Frisam* är en modell för samverkan mellan Socialstyrelsen, RFV, AMS, ASS och Kommunförbunden för en gemensam ram för åtgärder inom rehabiliteringsområdet. Frisam har prövats från 1998.

### Effekter av samordningsförsök

Enligt Socialstyrelsens utvärdering (1997c; 1998b) har Finsam medfört ekonomiska besparingar, förbättrat samarbete mellan huvudmännen och minskat ohälsotalet 1992–95 med 2,5 dagar jämfört med en ökning i landet som helhet med 2,1 dagar. Socsam har enligt Socialstyrelsens utvärdering (1997d; 1998b) haft positiva effekter för vissa målgrupper.

## Nya styrformer i landstingen

Landstingsverksamhet bekostas till 80% av skattemedel, resten med statsbidrag och patientavgifter. Gemensamt för alla landsting är resurstilldelning relaterad till befolkningen samt totalt kostnadsansvar hos basenheter. Landstingen har sedan 1983 decentraliserad styrning och kan välja organisationsstruktur och ekonomisk styrmodell (Blomgren, 1999).

Samtidigt med nya reformer på nationell nivå, har landsting och kommuner genomfört förändringar i organisation och styrformer, som fått olika utformning i olika delar av landet. Genom kombination av olika organisationsprinciper, demokratisk, byråkratisk, professionell och marknadsprincipen, syftar svensk sjukvårdsorganisation till både jämlik fördelning av vård i befolkningen och ökad effektivitet och produktivitet. Styrformerna har under 90-talet haft en inriktning mot marknadsprincipen på bekostnad av byråkrati och professionella organisationsprinciper (Törnqvist, 1999).

Under slutet av 80-talet och under 90-talet förändrades även andra länders styrning av hälso- och sjukvård. Sverige har hämtat inspiration bland annat från Storbritannien. I Sverige liksom i andra länder var avsikten att inrikta utvecklingen mot mer förebyggande hälsoarbete, stärkt primärvård, utveckling av geriatriken, renodling av specialistvård samt effektivare medicinsk service (SLL & SOS, 1999).

En kris i svensk ekonomi i början av 90-talet tvingade fram de nya modellerna som syftade till ökad effektivitet. Även om syftet att öka produktivitet och effektivitet varit generell i flera länder, har Sverige mer än andra kopplat nya styrformer till den ekonomiska krisen, vilket orsakat att flera åtgärder skett parallellt. Samtidigt som vårdens befintliga resurser skulle användas mera effektivt, krävde den försämrade ekonomin reducering av budgeten. I alla landsting skedde en rationalisering med minskad personaltäthet och under tioårsperioden 1985–95 försvann 25% av arbetstillfällena. (SLL & SOS, 1999). Rationaliseringen har medfört omplaceringar, varsel och uppsägningar av främst omvårdnadspersonal. Enligt Landstingsförbundets beräkningar har landstingens personal 1991–1997 reducerats med drygt 75 000 i besparingssyfte utöver den minskning av cirka 109 000 landstingsanställda som överförts till kommunerna i samband med reformernas huvudmannaskifte (Pettersson, 1999).

Landsting och kommuner har under 90-talets början använt decentralisering, målstyrning, resultatenheter och konkurrens som ekonomiska styrmedel. Tankar om decentralisering av ansvar och befogenheter fanns redan under 80-talet och i kombination med målstyrning blev detta 90-talets ledningsform (Borgert, 1992). Konkurrens och krav på resultatredovisning syftade till att öka den ekonomiska medvetenheten (Törnqvist, 1999). Politikernas uppgift var övergripande styrning, uppföljning och kvalitetskontroll. Decentraliserad styrning blir en balansering mellan att ge frihet och att kontrollera. Målstyrning kräver tydliga mål, som är möjliga att följa upp och utvärdera men resultatmätning kan användas som kontroll.

Med mera marknadsmässiga modeller försökte man skilja finansiärer och producenter, öka möjligheten till alternativa driftformer med bolag och entreprenader, införa köp-sälj (interndebitering, kontrakt, valfrihet för patienten) och utveckla mot prestationsbaserad ersättning och resultatenheter (Borgert, 1992; Blomgren, 1999). Köp-säljmodeller började användas i form av beställar-utförarmodeller (BUM). Mer än hälften av landstingen var i början av 1992 på väg mot en organisation med inslag av köp-sälj (Borgert, 1992). 1992 hade 9 av 26 landsting infört BUM i någon form, 1993 11 landsting. Vissa landsting gick längre i köp-sälj och prestationsersättning för att öka produktivitet och effektivitet genom tydligare koppling mellan ersättning och prestation. Beställarnas uppgift var att utifrån förväntade behov i befolkningen köpa vård från olika vårdgivare enligt tidsbegränsade avtal och i konkurrens med andra vårdproducenter. I de flesta landsting har olika varianter av dessa styrmodeller prövats men i olika grad och under olika lång tid. Vikten av beställarkompetens har ibland påpekats vid beställar-utförarmodeller och prestationsrelaterade ersättningssystem. Anslagsfinansiering har återinförts i verksamheter som intensiv- och akutvård.

Under 1991–92 genomfördes Dalamodellen, Bohusmodellen och Stockholmsmodellen samt nya modeller i ytterligare 8 landsting. 1993 hade nämnda landsting samt Örebro läns landsting nästan all sjukvård intäktsfinansierad med ersättning per behandlad patient. Patienten benämndes kund och kunde välja vårdproducent. Dala- och Bohuslandstingen men framför allt Stockholms läns landsting drevs längst mot marknadsanpassning och privatisering (Blomgren, 1999). Det syfte, som beslutsfattarna framfört med Stockholmsmodellen (1991–94) var (Gustafsson, 1999):

- Bättre folkhälsa
- Valfrihet för patienten
- Större inflytande för personalen över sitt arbete
- Bättre resursutnyttjande (effektivitet och produktivitet)

- Hög vårdkvalitet (med konkurrens och kvalitetssäkring)
- Kortare väntetider till sjukvård

Stockholmsmodellen drevs parallellt med Nya Grepp och Konkurrensprogrammet. Nya Grepp hade syftet att decentralisera ansvar och befogenheter. Konkurrensprogrammet syftade till marknadsanpassning med alternativa vårdproducenter. Minst 20% av verksamheten skulle konkurransutsättas före 1994–95. Avsikten med resultatansvar var interna marknader, där enheter under konkurrens skulle köpa och sälja vård medan patienter var kunder, som fritt skulle välja vårdgivare. I praktiken har Stockholmsmodellen framställts som ett reglerat system med formella avtal snarare än marknadsanpassning. 1996 beslöt HSN genomföra Utvecklingsplanen – eller strukturplanen – eftersom Stockholmsmodellen blivit dyrare än man väntat och syftet var minskade kostnader med bibehållen kvalitet. Enligt Utvecklingsplanen 1996 koncentrerades specialiserad vård till få sjukhus medan övriga sjukhus blev bassjukhus. Personalen minskades ytterligare med 1.800 årsarbetare (Blomgren, 1999). Enligt Stefansson & Wicks (1999) skulle vården i Stockholm minska kostnaderna med 15% under 1996–98 med bibehållen vårdkvalitet och utan avsteg från Hälso- och sjukvårdslagen. I slututvärderingen av Utvecklingsplanen beskrivs 1998–99 som en tid med blandade styrssystem i SLL (2000).

Stockholmsmodellen skilde mellan beställare och producenter av vård. Respektive sjukvårdsområde i SLL med en politisk styrelse och en sjukvårdsdirektör var beställare, som köpte primärvård och sjukhusvård efter befolkningsunderlagets behov. Från början var primärvården knuten till beställarorganisationen men primärvården blev alltmer producent. HSN hade produktionsansvar för akutsjukhusen, som utgjorde egna resultatenheter. Sjukhusen var utförare. Beställarna avtalade med sjukhusdirektören och hade samarbetsöverenskommelse med klinikchefer och primärvårdsområdeschefer. Slutenvård ersattes per prestation enligt DRG-systemet (infört 1992–95), där patientens sjukdomsdiagnos har ett bestämt pris (Blomgren, 1999). Under 1999 infördes särskilda beställarorganisationer i Stockholms läns landsting med uppgift att beställa vård från produktionsområden.

Utvärdering av effekter och konsekvenser har försvårats av en snabb förändringstakt och förändringar på flera nivåer samtidigt, vilket påpekats av flera författare. Effekter av reformer eller nya styrmodeller går inte att särskilja från effekter av besparingsåtgärder, personalnedskärningar, ny teknologi, en lavinartad medicinsk-teknisk utveckling eller en ökad vårdtyngd som följd av en allt äldre befolkning. Konsekvenser av föränd-

ringar i vård och omsorg kan inte heller separeras från generella förändringar i svenskt arbetsliv under 90-talet.

*Effekter av förändringar på ekonomi, produktivitet och kvalitet*

Organisationsförändringar i vård och omsorg har huvudsakligen utvärderats ur ekonomisk aspekt. Mått på produktivitet har varierat och resultaten har varit delvis motsägelsefulla.

Den största invändningen mot genomförda studier är att kvalitetsförbättring inte vägts in i produktivitetsmått (SOU 1996:163). Eckerlund m.fl., (1994) menar att en ökad produktivitet inte behöver innebära ökad effektivitet i betydelsen bättre vård om det som produceras inte uppfyller målen. Flera har varit överens om att produktivitet och effektivitet eller prestationer ökade under 90-talets början 1992–93 (vissa anser 1991–94) medan 1995, 96 och 97 visat minskande prestationer i takt med minskade resurser (Blomgren, 1999; SoS & SLL, 2000). Törnqvists (1999) översikt över studier, som mätt produktivitet och effektivitet i vården har visat ökad prestation 1992–1993 framför allt i BUM-landsting. Kostnadsmedvetenheten har däremot ökat i samtliga landsting. Ett ökat intresse för befolkningens hälsa och vårdbehov och styrformernas påverkan på kvalitet har också noterats. Inga studier har dock hittills påvisat förbättrad kvalitet.

Forsberg & Calltorps (1993) slutsats av en studie 1993, ett år efter Stockholmsmodellens införande, var att kvaliteten inte påverkats negativt men att den positiva effekten snarast var att kvalitetsfrågorna lyfts fram. En nationell jämförelse visade att kostnadsmedvetenheten ökat i alla landsting och att effektiviteten inte var högre i Stockholm än i landet i övrigt (Forsberg, 1998). Andra har visat att landsting som genomfört nya styrformer med BUM och prestationsersättning visade betydligt högre produktivitet. ESO:s utvärderingar har visat ökade prestationer under 90-talet men konstanta kostnader.

Jonsson (1994) jämförde var och ett av de fem landsting, (Stockholm, Dalarna, Örebro, Gävleborg, Bohuslän) som infört BUM vid mätillfället med en kontrollgrupp av 14 mera traditionellt styrda landsting. Med perioden 1986–1990 som bas- och 1991–93 som mätperiod visade resultatet att produktiviteten i somatisk korttidsvård hade ökat i båda grupper dock mer i Stockholms läns landsting.

Törnqvist (1999) har kritiserat produktivitetsutvärderingar och menar att produktivitetsvinst inte bara beror på prestationshöjning utan även på reduktion av vårdplatser och kostnader. Hon har ifrågasatt om prestationer vid olika mätillfällen är jämförbara och påpekar svårigheten att mäta orsak till produktivitetsvinster med flera pågående förändringar samtidigt. Törnqvists slutsats från flera studier av ekonomiska effekter är att hälso- och sjukvårdskostnader inte förändrats fram till 1996 trots stora



besparingar under 90-talet. Slutenvårdskostnader har minskat medan kostnader för öppenvård och läkemedel ökat. Törnqvist menar dock att ökad kostnadsmedvetenhet har varit en generell effekt och att produktiviteten har ökat oberoende av nya styrformer i landstingen

Privatisering av vård har ökat men är fortfarande begränsad. Privat vård innebär offentligt styrd vård betald med skattemedel, som drivs i privat regi. Regler för myndighetstillsyn är desamma som för offentlig vård. Däremot är allmänhetens möjligheter till insyn begränsad då offentlighetsprincipen inte gäller för privat verksamhet. Mindre än 10% av svenska läkare är privatpraktiker (Forsberg, 1998). Enligt Falk & Nilsson (1999) beräknas 3% av vårdens budget gå till privat verksamhet. Bolagisering och privatisering inom vården har ökat i SLL under 1999. I den kommunala hälso- och sjukvården har 25% av verksamheten entreprenadiserats. Inhyrd sjukvårdspersonal från uthyrningsbolag kostade 1999 enligt Stockholms läns landstings beräkningar 117 mkr.

#### *Konsekvenser av förändringarna för personalens arbetsmiljö*

Enligt Borgert (1992) har organisationsförändringar skett utan att berörda har involverats och med bristande reflektion. Vården har saknat det ledarskap som bidrar till dialog mellan ledning och medarbetare. Blomgren (1999) menar att effekter av ekonomiska styrsystem endast kan förstås om man tar hänsyn till hur detta påverkar det professionella systemet. Avhandlingen belyser effekter av mötet mellan nya ekonomiska styrsystem i offentlig sektor och vårdens verksamhet och yrkesgrupper, framför allt sjuksköterskor. Hon menar att de nya styrsystemen saknat koppling till den verksamhet där de ska fungera och att andra faktorer är viktigare för organisationens verksamhet. Styrformerna har i stället lett till konkurrens mellan professioner.

I Socialstyrelsen (1998, s. 305) framhålls hälso- och sjukvården som en utpräglad nätverksorganisation som bygger på samarbete mellan medicinska enheter och mellan vårdgivare. Organisationsförändringar bryter befintliga nätverk, vilket innebär tidsförlust för verksamheten, kvalitetsförlust för patienten och effektivitetsförlust för systemet. I Forsbergs (1998) utvärdering av Utvecklingsplanens effekter i gruppintervjuer med politiker, administrativa chefer och chefsöverläkare i SLL framkom att planen uppfattats som en spar- eller avvecklingsplan, som avsåg att effektivisera verksamheterna med bibehållen vårdkvalitet. Av intervjuerna framgår att sparmålen ej nåtts, att primärvården inte fått tillräckliga resurser och kompetens och att beslutsstrukturen varit otydlig. Långsiktigheten har skadats av att majoriteten personal inte varit delaktig och att stöd från ledningshåll brustit framför allt för administrativa chefer. En hög förändringstakt med bristande tid och risk för utbrändhet, revirstrider och otydliga ledningsnivåer har varit motkrafter. Ansvar som lagts på medicins-

ka och administrativa chefer har inte motsvarats av inflytande och möjligheter att påverka den egna verksamheten. Man drar slutsatsen att förankringen borde ha skett långt ner i organisationen och att tidsperspektivet borde ha varit mera rimligt. Positivt är att den påtvingade översynen av verksamheten minskat konkurrensen och i stället öppnat samarbetskanaler.

Få studier kopplar förändringar i organisation och styrsystem till konsekvenser för personalens arbetsmiljö (Gustafsson & Petterson, 1999). Effekter av olika förändringar kan ej separeras, före- eftermätningar saknas och genomförda studier undersöker personalens svar som en samlad reaktion på olika skeenden. Arbetsmiljöstudier i vård och omsorg under 90-talet indikerar allmänt försämrade arbetsvillkor och hinder för det goda arbetet (Petterson, 1999). Som positiva konsekvenser har framhållits ökad kundorientering och större utrymme för kompetens- och kvalitetsfrågor. SACO-studien (Bejerot & Härenstam, 1993; Härenstam & Bejerot, 1995) har påvisat förändrad organisation hos flera av förbundens yrkesgrupper. Slutsatsen är att förändrade styrsystem varit mindre väl anpassade till vårdverksamhet. Förändringarna har ökat effektiviteten men på bekostnad av försämrade arbetsförhållanden. Läkare i SACO-studien rapporterar oftare än andra yrkesgrupper försämrat inflytande.

På ett Akutsjukhus visade sig resultatansvar leda till konsekvenser för sjuksköterskor (Blomgren, 1999). Chefssjuksköterskor har fått en tydligare chefsposition, ökad kostnadsmedvetenhet, ökat arbetstempo och man har omvärderat arbetssätt och rutiner. Ekonomistyrning har lett till vattentäta skott mellan kliniker och sociala strukturer har skadats av att tjänster från andra kliniker kostar pengar. Sjuksköterskor har accepterat de nya styrformerna med viss ambivalens. Samtidigt som administrativ karriärmöjlighet stärkts för chefssjuksköterskor, har ökat administrativt ansvar skett på bekostnad av omvårdnadsarbete. Låg prioritet för omvårdnadsinsatser har lett till att sjuksköterskor inte är nöjda med sina arbetsinsatser. Samtidigt som kvalitetssäkring har lett till att god omvårdnad har definierats har synen på praktiskt omvårdnadsarbete polariserat mellan sjuksköterskor och undersköterskor. Hög kompetens och kostnadseffektivitet har varit motiv för att värna om sjuksköterskor och utestänga undersköterskor men samtidigt orsakat att sjuksköterskor allt oftare utför mer okvalificerat arbete (Blomgren, 1999).

En utvärdering av Stockholmsmodellen (Laius, 1997), visar att förändringstakten ställt höga krav på beslutsfattande på alla nivåer. Personalen har haft en allt tyngre arbetsbelastning och ökande arbetstempo utan möjlighet till återhämtning, vilket minskat tillfredsställelsen med egna insatser. Hög förändringsstress och otrygg framtid har rapporterats från alla yrkesgrupper. Ledarskapet har varit otydligt och befogenheter har inte ökat i takt med ansvaret, vilket lett till svagt chefsstöd. Tid har

saknats för eftertanke och återhämtning, för kompetensutveckling och för att hantera förändringsarbete. Arbetshälsan har påverkats negativt med ökning i stressrelaterade sjukdomar och utbrändhet. En liknande trend visar Blomgrens avhandling (1999). Stockholmsmodellen lyckades med ökad produktivitet, minskade köer, patienten i centrum och ökat kostnadsmedvetande medan alltmer negativ reaktion kom från anställd personal. Effekter såväl övergripande som på basenhetsnivå berör personalens ansvar, kompetens och anställning (SoS & SLL, 2000). Utvecklingsplanen har utvärderats med avseende på effekter på personalens arbetsvillkor (Arnetz, 1998a) Endast 12% av personalen var nöjda med den vårdkvalitet man presterade. Största svagheten ansågs ligga i ledningsfunktion och mål. Primärvården hade enligt utvärderingen den tyngsta arbetsbördan. Generellt kände sig personal åsidosatt med bristande återkoppling, låg delaktighet och små resurser.

Intervjuer med chefer och politiker (Forsberg, Sandlund & Wager, 1998) har visat att 60% anser att Utvecklingsplanen medfört sämre kvalitet p.g.a. resursbrist och stress med längre väntetider och sämre tillgänglighet. 96% ansåg inte att landstinget erbjöd mer och bättre vård för pengarna under 90-talet. Hindren man pekade på var otydlighet, många beslutsnivåer och en hierarkisk struktur. Slutsatsen var att personalför-sörjning och personavård kräver tydligare prioritering eller ökade resurser samt utvecklat patientnära ledarskap.

2/3 av vårdens kostnader utgörs av personal. År 1997 beräknades antalet anställda i svensk hälso- och sjukvård till 250 000 i kommunernas vård och omsorg, 200 000 inom landstingens hälso- och sjukvård och 25 000 i privata vårdföretag. Drygt 100 000 landstingsanställda hade redan överförts till kommunerna som resultat av huvudmannaskapsförändringar. Den personalreducering med cirka 75 000 som därutöver skett i besparingssyfte har krympt landstingsverksamheten. Enligt slututvärderingen av Stockholms utvecklingsplan, har personalstyrkan inom landstingen från 1985–95 minskat med 25% av arbetstillfällena. Både huvudmannaskapsskifte och personalnedskärningar har orsakat omplaceringar, varsel och uppsägningar av främst omvårdnadspersonal under 1991–1997. Detta har lett till stor personalbrist på många arbetsplatser, vilket konstaterats i flera studier. Personalbristen har upplevts som ett stort hinder i arbetet eftersom arbetsuppgifterna inte minskat i motsvarande grad. Flera studier pekar på att 70%–90% av vårdanställda upplevt ökad arbetsbelastning och ökande arbetstakt. Övertidsarbete har ökat. Som en följd av omflyttning och uppsägningar har arbetsgrupper splittrats och tid krävs för att återuppbygga förtroende och ett kreativt arbetsklimat i nya arbetsgrupper.

Personalstrukturen bland vårdanställda har förändrats. Då personalreduceringar främst berört undersköterskor och vårdbiträden, har andelen

läkare och sjuksköterskor i relation till omvårdnadspersonal ökat. En brist i omvårdnadskvaliteten är att omvårdnadspersonalen närmast patienten, som ibland utpekats som patientens språkrör (Pingel & Robertsson, 1998), saknar kanaler för att föra patientens behov vidare.

En följd av nedskärningar är att yngre, sist anställda har lämnat vården, vilket har ökat personalens genomsnittsålder. Som exempel kan nämnas att endast 5% av samtlig personal i ett av Stockholms sjukvårdsområden 1998 var yngre än 30 år (Pettersson & Backman, 1999) och att antalet läkare över 50 år på ett svenskt regionsjukhus fördubblats från 1994 till 1995 (Arnetz, 1998b). Flera enkätstudier har visat att allt fler, i synnerhet yngre vårdpersonal, allvarligt har funderat på att sluta på sin arbetsplats. Allt färre ungdomar söker till vårdutbildningarna. Detta ger ökande svårigheter med personalrekrytering. På vissa arbetsplatser har man idag svårt att få sökande till vakanta tjänster. Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg har haft uppdraget att kartlägga behov och föreslå åtgärder för att hantera personalbrister i vård och omsorg.

Vården ska enligt lag ha en kompetent personal. Lagen (1998:531) ställer krav på yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården. Staten delegerar uppgiften till legitimerade yrkesgrupper. Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet. Kommunal hälso- och sjukvård skall enligt HSL (2d§) ha personal med formell och reell kompetens. I organisations och resursfrågor är vårdpersonalen underställd landstingens och kommunernas politiker.

Chöl-reformen har påverkat samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare till följd av den revirkamp som ställt formell kompetens mot personlig lämplighet (Borgert, 1992).

Det goda arbetet kräver att personal får möjlighet att utvecklas i sitt arbete och använda hela sin kompetens. Kompetensfrågorna i vården har lyfts fram under 90-talet. Att läkare och sjuksköterskor idag utgör större andel av den samlade vårdpersonalen, har ibland använts som bevis på att en kompetenshöjning skett i vården. Samtidigt har arbetsuppgifterna förändrats. Såväl sjuksköterskor som undersköterskor använder alltmer av sin arbetstid till administrativt arbete på bekostnad av patientarbete.

I realiteten har funnits stora möjligheter till kompetensutveckling och vidareutbildning. Arbetsbörda och arbetstakt och brist på personal har lagt hinder i vägen för utveckling. Kompetensutveckling har därför minskat för vissa grupper av tidsbrist snarare än brist på utbud. Samtidigt har kunskapsbehovet ökat av nya arbetsuppgifter och rutiner, ökad IT-användning och svårigheter att hantera nya tekniska hjälpmedel.

Nedskärningar av vissa grupper och en växande tendens att hyra in korttidsanställd personal försvårar kunskapsinvestering. Att kunskap försvunnit ut ur organisationen i samband med organisationsförändringar har tårt på vårdens kunskapskapital.

För en fungerande och effektiv verksamhet måste all personal samverka till en helhet, vilket är en utmaning för hälso- och sjukvårdens hierarkiska organisation. Delaktighet, samarbete, stöd och inflytande är viktiga aspekter på en god arbetsmiljö. Personalbristen har skadat stödresurserna socialt klimat och kontroll. Det finns studier, som snarare pekat på att konkurrens, revirtänkande och splittrade arbetsgrupper lett till en polarisering mellan yrkesgrupper, som försvårar samverkan och samarbete. Brister i information och återkoppling har försämrat dialogen mellan ledning och medarbetare. Oklart ansvar och små befogenheter har lett till svagt chefsstöd på alla nivåer. Målsättning och ledarskap har varit ottydligt. Mellanchefer har ofta kommit i kläm då ökande ansvar har inte balanserats av befogenheter. Försämrat inflytande och minskade påverkansmöjligheter har påvisats i flera studier.

Det finns ett klart samband mellan förändrade arbetsförhållanden och arbetshälsan (Arbetshälsorapporten, 1999). Utvecklingsplanen i SLL 1996 innebar reduktion av en redan decimerad personalstyrka men med bibehållen vårdkvalitet. Den slutsats som Utvärderingen av Utvecklingsplanen (2000) kom fram till var att vården har behov av prioritering och tydligare ledarskap. I primärvården, som förväntats ha en central roll har resurser och arbetssätt inte motsvarat förväntningarna. Personal i primärvården har enligt flera studier den största arbetsbördan.

Den ökade produktiviteten under 90-talets första del har skett till priset av otrygghet och försämrade arbetsvillkor för personalen. Arbetshälsan i vården har successivt försämrats under 90-talet med ökad påfrestning och stressrelaterade sjukdomar. Långtidssjukskrivningar av psykosociala skäl har ökat kraftigt senaste året (50% 1998). Risk för arbetsskador och misstag och felbedömningar har ökat p.g.a. stress (Arnetz, 1998c), vilket kan vara ett tecken på att en försämrad arbetsmiljö kvalitet påverkar vårdkvaliteten.

## Sammanfattning

Under en sexårsperiod genomförs ett flertal nationella reformer som berör vården och dess personal; Chöl- (1991), Ädel- (1992), Handikapp- (1994), Husläkar- (1994), Psykiatri- (1995) och Läkemedelsreformen (1996) samt andra avtal som vårdgaranti (1992) och olika samverkansmodeller. Under hela decenniet har därutöver stora förändringar skett med effektivitetssträvanden och mer marknadsanpassade modeller för styrning i vård och omsorg både på nationell nivå och i Stockholms län. Förändringarna har beskrivits som de mest omfattande någonsin inom landstinget och kommunerna i Stockholms län. Marknadsmodeller har införts i flera av landets landsting men marknadsanpassning och privatisering används i betydligt större omfattning i Stockholms läns landsting

än i övriga landsting. Äldreomsorgen i Stockholms läns kommuner har haft en liknande trend.

Stockholmsmodellens syften är flera, bättre folkhälsa, valfrihet för patienten (kunden), större personalinflytande över arbetet, bättre resursutnyttjande, hög vårdkvalitet och kortare väntetider till sjukvården. Samtidigt drivs program som Nya Grepp för att decentralisera ansvar och befogenheter och Konkurrensprogrammet med syftet att marknadsanpassa och öppna för alternativa vårdproducenter. 1996 kom Utvecklingsplanen med avsikt att minska kostnaderna med behållen vårdkvalitet.

Effektivisering och rationalisering för att förbättra ekonomi och produktivitet har medfört varsel, nedskärningar och omflyttning av personal. Privatisering, bolagisering och entreprenadiseringar har blivit allt vanligare. Många vårdanställda har bytt huvudman från landsting till kommun. Det råder ingen tvekan om att förändringarna har haft konsekvenser för vårdpersonalens arbetsvillkor och arbetshälsa. Utvärdering av effekter har försvårats av en snabb förändringstakt och av att effekter av olika förändringar varit svåra att särskilja. Ekonomiska utvärderingar har gjorts men de få utvärderingar av effekter på personal och arbetsvillkor som finns, har ofta genomförts retrospektivt.

Vad som upprepat kritiserats är att så omfattande förändringar genomförts utan att profession och berörd personal har involverats. Låg delaktighet i förändringarna har påverkat förändringsviljan hos personalen. Omflyttningar och personalminskningar har splittrat fungerande arbetsgrupper och ökat arbetsbördan för kvarvarande personal. Konkurrens har snarare skapat polarisering mellan arbetsgrupper än uppmuntrat till samarbete och samverkan. Förändringstakten har dessutom varit hög och medverkat till otydligheter i organisation och målsättning. Bristen på långsiktighet i planering och beslut med ständiga svängningar i direktiv har gjort ledarskapet otydligt på alla nivåer. Risken för arbetsskador och rädslan för att göra misstag har ökat för personalen.

Den goda intentionen att öka satsningen på kompetensutveckling för personalen har bara viss personal kunnat tillgodogöra sig. Andra grupper har hindrats att utnyttja möjligheterna på grund av tidsbrist och hög arbetsbelastning.

Betydelsen av många, olika och ständigt återkommande förändringar genomförda i en hög förändringstakt utifrån ett arbetsmiljöperspektiv, diskuteras vidare i kapitel 2.

## Referenser

Arbetshälsorapport 1995. Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län. Rapport från Yrkesmedicin, Stockholms läns landsting, 1995

- Arbetshälsorapport 1999. Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län. Rapport från Yrkesmedicin, Stockholms läns landsting, 1999
- Arnetz B. Stockholms läns landstings Utvecklingsplan: Anställdas syn på vårdkvalitet, arbete, ledarskap och effektivitet. Resultat från en enkät till ett urval av vårdanställda inom Stockholms läns landsting. Institutet för psykosocial miljömedicin (IPM) och Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, 1998a
- Arnetz B, Arnetz J & Petersson O. Rapport från RSÖ:s KAK-uppföljning 1997. Resultat – samband – slutsatser. Rapport från IPM och Regionsjukhuset i Örebro läns landsting, 1998b
- Arnetz B (Red) Riskhantering inom hälso- och sjukvård. Om hur sjukvårdspersonal och organisationer kan minska risken för fel och förbättra verksamhetskvaliteten. Lund: Studentlitteratur, 1998c
- Behov och resurser i vården – en analys. Del A. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). SOU 1996:163
- Bejerot E & Härenstam A. 1993. Styrsystem, effektivitet och arbetsvillkor. Akademikers syn på organisationsförändringar. Undersökningsrapport, Arbetsmiljöinstitutet, Solna, 1993:27
- Blomgren M. Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning. Akad. Avhandling, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet, No 78, 1999
- Borgert L. 1992. Organiserandet som mode. Perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag, 1992
- Eckerlund I, Håkansson S & Svensson H. Mått och steg för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Spri, Stockholm, 1994
- Falk, V & Nilsson K. Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige. Lund: Studentlitteratur, 1999
- Forsberg E. Prestationsrelaterad ersättning – effektivare sjukvård!? Attityder och betenden i Stockholm och tolv andra landsting. Rapport från CHU, nr 9, 1998
- Forsberg E & Calltorp J Ekonomiska incitament. Förändringar i sjukvården. Första året med Stockholmsmodellen. Läkartidningen 1993, 90(30–31), s 2611–14
- Forsberg E, Sandlund D & Wager K. Utvecklingsplanen, tänkt och tyckt om genomförandet. Rapport från Centrum för Hälso- och sjukvårdsutveckling CHU, nr 7, 1998
- Garpenby P & Carlsson P. Mot bättre vetande – statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. I: God vård på lika villkor? – underlag till slutbetänkande. Bilaga 2–6 till Slutbetänkande, HSU 2000. SOU 1999:66
- God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården. Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000. SOU 1999:66
- Gustafsson RÅ. Den nya ekonomistyrningen och arbetsmiljön. I: De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?. Bilaga 1 Slutbetänkande, HSU 2000. SOU 1999:66
- Gustafsson RÅ & Pettersson I-L. En empirisk jämförelse mellan landsting med olika styrmodeller. I: De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?. Bilaga 1 Slutbetänkande, HSU 2000. SOU 1999:66

- Härenstam A & Bejerot E. Styrssystem, effektivitet och arbetsvillkor. I: G. Westlander (Red). På väg mot det goda arbetet. Om akademikers arbetsvillkor. Fakta från Arbetslivsinstitutet, 1995
- Jonsson E. Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna? – En jämförande utvärdering. Stockholms universitet, Institutet för kommunal ekonomi, 1994
- Laius G. ”Låt oss vara med!” Uppföljning av Utvecklingsplanen – Personalens arbets-situation. Slutrapport, november 1997
- Landstingsförbundet. Landstingens ekonomi. Stockholm, 1995 och 1996
- Parmsund M. Husläkares arbetssituation – en intervjustudie. Rapport från Yrkesmedicin, 1996:6
- Parmsund M. Mentalskötares arbetssituation – en intervjustudie. Rapport från Yrkesme-dicin, 1997:2
- Patienten har rätt. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). SOU 1997:154
- Petterson I-L. Vårdens arbetsmiljöer under 1990-talet – en översikt över genomförda studier. I: De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med eko-nomi, arbetsmiljö och demokrati?. Bilaga 1 Slutbetänkande, HSU 2000. SOU 1999:66
- Petterson I-L & Backman L. Klimatundersökning i nordvästra sjukvårdsområdet 1998. Personalens arbetsmiljö och hälsa. Rapport från Yrkesmedicin och NVSO, 1999
- Pingel B & Robertsson H. 1998. Yrkesidentitet i sjukvård – position, person och kön. Solna, Arbetslivsinstitutet
- Sandström U. Hur ser grunden för samverkansarbetet ut? Uppfattningar bland deltagarna i Samarbetsorganet, SOCSAM i Haninge. Rapport från Centrum för hälso- och sjuk-vårdsutveckling, nr 3, 1999
- Socialstyrelsen, Stockholms läns landsting och Göteborgs universitet. Strukturplanen – vad ledde den till? Metoder, resultat och slutsatser från uppföljningen av 1996 års plan för hälso- och sjukvården i Stockholms län. Stockholm, 2000
- Stefansson C-G & Wicks S. Utvecklingsplanen och den psykiatriska vården i Stock-holms län. Rapport från Centrum för Psykosocial Forskning och Utveckling. Social-styrelsen, 1999:1
- Socialstyrelsen 1996. Ädelreformen – Slutrapport 1996:2. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Stockholm, 1996
- Socialstyrelsen 1997a. Handikappreformen – Slutrapport 1997:4. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Stockholm, 1997
- Socialstyrelsen 1997b. Fyra år med vårdgaranti – erfarenheter och effekter. Stockholm, 1997:2
- Socialstyrelsen. Finsam – en slutrapport avseende utvärderingen av lokal försöksverk-samhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. Finansiell samordning, 1997:1
- Socialstyrelsen. Socsam – tre huvudmän i samma båt – en lägesbeskrivning avseende utvärderingen av lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan social-försäkring och hälso- och sjukvård och socialtjänst. Finansiell samordning, 1997:2



- Socialstyrelsen 1998a. Försök med kommunal primärvård 1992–1998. Slutrapport 1998:5. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Stockholm, 1998
- Socialstyrelsen 1998b. Sjukvården i Sverige 1998. Stockholm, Gotab, 1998
- Socialstyrelsen 1998c. Reformens första tusen dagar. Årsrapport för psykiatrireformen 1998:4. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Stockholm, 1998
- Socialstyrelsen 1998d. Är läkemedlen för dyra för hushållen? Resultat från en enkätundersökning genomförd i oktober 1997. Stockholm, 1998
- Socialstyrelsen 1999a. Valfärd eller valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Stockholm, 1999
- Socialstyrelsen 1999b. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser. Stockholm, 1999
- Törnqvist H. Nya ekonomiska styrformer – bakgrund, utformning och effekter. I: De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad händer med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?. Bilaga 1 Slutbetänkande, HSU 2000. SOU 1999:66

# Vårdens och omsorgens förändrade karaktär i Stockholms län under 90-talet – omorganisering, nedskärning och entreprenadisering

Rolf Å. Gustafsson

## Inledning

Landstingen och kommunerna kan sammantaget betraktas som en av landets största arbetsgivare. Via vårdarbetets arbetsvillkor har de därmed ett avgörande inflytande på folkhälsa, människors välbefinnande och inkomstförhållanden. Det ökande antalet entreprenader inom offentligt finansierad vård och omsorg innebär en förskjutning av detta ansvar till privata arbetsgivare. Omfattningen av detta och effekterna på vårdens arbetsmiljö och ledningsförhållanden har dock hittills inte studerats närmare. Exempel på viktiga grundförutsättningar som påverkar arbetsbelastningen i stort, möjligheterna att utveckla arbetet och vårdarbetets meningsfullhet för personalen är:

- *Var* vårdpersonalen utför sitt arbete (olika vårdformer, olika patient- och hjälptagargrupper, olika arbetsgivare).
- Personalens *utbildning och erfarenhet* och dess relevans för vårduppgifterna.
- *Hur många* man är i förhållande till antalet medborgare med olika vårdbehov och i förhållande till antalet hjälptagare.
- Arbetsorganisationens *effektivitet*, dvs. organisationens förmåga att ge en hög ”kvot” kvalitativ vård per arbetsinsats.

Den senare faktorn – effektiviteten – har fokuserats i många av 1990-talets vårdpolitiska förändringar. Det är då viktigt att vara klar över att redan när det gäller att mäta rätt data på rätt sätt, för att fastställa effektiviteten, finns svåra och hittills olösta problem.<sup>1</sup> Ofta har istället produktivetsmätningar kommit till användning, men dessa ger enbart ett mått på hur mycket vård (ofta mätt med enkla mått som antal behandlingar) som produceras ”per vårdplats”, ”per anställd” eller ”per skattekrona”. Det yttersta målet med verksamheten är dock att skapa en vård med högt ställda krav på kvalitet och dessutom prioritera så att vården åstadkommer ...”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”

---

<sup>1</sup> Se vidare Granqvist 2000 och Törnqvist 1999, s. 28–34.

samtidigt som ”vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”.<sup>2</sup> Definieras effektivitet på detta sätt blir den mycket komplicerad att mäta.

Inte ens en effektivitetshöjning (mätt i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens intentioner) medför dock nödvändigtvis en förbättring av personalens arbetsmiljö. Detta sammanhänger med att vårdarbetet är ett ”relationsyrke”, vilket sällan uppmärksammas på ett systematiskt sätt inom forskning och välfärdspolitik.<sup>3</sup> Välfärdstjänster skapas genom en relation mellan personal och hjälptagare. I mötet mellan ”vårdproduktion” och ”vårdkonsumtion” finns vårdpersonalen. Detta medför bland annat att vårdpersonalens grad av arbetstillfredsställelse delvis hänger samman med hur personalen bedömer hjälptagarens erhållna vård och hur många man tvingas avvisa. En höjning av effektiviteten upp till en nivå, som ändå inte motsvarar vårdpersonalens anspråksnivå och förhoppningar, kan därför (i värsta fall) gå hand i hand med en konstant eller t.o.m. minskad tillfredsställelse med det arbete man utför.

Den ovanstående ”listan” innehåller naturligtvis enbart några exempel på vad som utgör grundförutsättningar för mötet mellan hjälptagare och vårdpersonal. En vetenskaplig analys av vårdarbetets inverkan på personalens välbefinnande och hälsa kräver mycket information om svårämbara fenomen och en mängd statistiska bearbetningar. Till alla sådana analyser av kvantitativa data bör då också fogas intervju-material och analyser av hur exempelvis politisk styrning, arbetsledning och vårdarbetets målsättning och samhällsroll förändras över tid. Ingen kan idag göra anspråk på att ha kännedom om mer än en bråkdel av de komplicerade samband och processer som här diskuteras i ett arbetsmiljöperspektiv.

Syftet med det föreliggande kapitlet har därför avgränsats till att ge en bakgrund till de mer detaljerade analyser av personalens reaktioner på och upplevelser av sitt arbete som följer i rapportens senare delar. Det är i detta sammanhang inte möjligt att genomföra en analys i termer av orsak (förändringar i vårdens organisation och ekonomi) och verkan (effekter på arbetsmiljö och vårdpersonal). Eftersom studien gäller personal inom Stockholms läns landsting och de 26 kommuner som finns i Stockholm län (1999) handlar det om en mångfacetterad och komplex verklighet, som i princip omfattar hela spektrat av vårdinsatser: från högspecialiserad akutmedicinsk intensivvård till hjälpinsatser av social karaktär för hjälptagare som lever i sina hem. Länet vård- och omsorgspersonal befinner sig i en mängd olika arbetssituationer som uppvisar starka variationer vad

---

<sup>2</sup> Formuleringarna hämtade från gällande Hälso- och sjukvårdslag 2 §.

<sup>3</sup> Gustafsson 2000.

gäller arbetsinnehåll, organisationsform, bemanning, krav på utbildning osv. (Begreppet vårdpersonal innefattar i detta kapitel även kommunernas äldreomsorgspersonal).

Vi har i denna bakgrundsbeskrivning tagit fasta på att vårdverksamheten i länet (Stockholmslandstinget, de 26 kommunala huvudmännen och i förekommande fall entreprenader) i mångt och mycket fungerar som *kommunicerande kärl*. En neddragning av verksamheten eller personaltätheten inom en enhet, vårdgren eller ett geografiskt område kan leda till att motsvarande vård- och hjälpbehov riktas mot en annan vårdgivare (och/eller mot anhöriga och andra närstående).

#### *Systemen för uppföljning och statistikproduktion under omstrukturering*

För att få en övergripande bild av var vårdpersonalen befinner sig och hur många som "producerar" den vård som länets medborgare och patienter har att förlita sig på söker vi i befintlig statistik. Denna information relateras också till en lokal "historieteckning" av länets strukturella förändringar av vården under 1990-talet. Båda dessa uppgifter har visat sig svårare än beräknat. Detta kan faktiskt i sig betraktas som ett resultat av vår studie: *Det saknas en "loggbok" över de samspelande beslut som rör vårdstruktur, arbetsfördelning, antal vårdanställda, samarbetsmönster och förändring av politiska och ekonomiska styrsystem som de olika huvudmännen genomfört*. Arbetet med att skapa en sådan bild påminner om att lägga pussel. Olika statistikproducenter behandlar skilda delar av vården ur delvis olika perspektiv.<sup>4</sup> De statistiska seriernas definitioner förändras – i vissa fall flera gånger – under den tioårsperiod vi försökt skildra. I det kommande redovisas statistiken i så långa tidsserier som möjligt under 1990-talet, men läsaren kommer att upptäcka att hela decenniet inte alltid kan täckas in. Ett intryck är att de offentliga uppföljningssystemen inte "hunnit med" 1990-talets snabba förändringar. Riksrevisionsverket uppmärksammar detta i en rapport om den statliga tillsynen över hälso- och sjukvården:

---

<sup>4</sup> I en rapport från Socialstyrelsen riktas exempelvis kritik mot Stockholmslandstingets ekonomiska rapportering varvid man hävdar "... dessa brister i den ekonomiska rapporteringen undergräver möjligheterna att värdera verksamheten med avseende på produktivitet och effektivitet..."; Socialstyrelsen 1997, s. 40.

Ett annat exempel framkommer i Stockholmslandstingets parlamentariska utredning om primärvården, där man stöter på svårigheter att fastställa de reala kostnaderna för primärvården i landstinget och dess andel av de totala sjukvårdskostnaderna 1996–1998: "Sammanställningen visar att de reala insatserna till primärvården – inkl Perssonpengar – inte ökat utan uppvisar en mindre minskning. De kostnader som redovisas är lägre än t.ex. den bokslutsstatistik som redovisas nedan och lägre än riksdagens revisorers beräkningar. Att få den 'sanna' bilden bjuder således på svårigheter. Man får istället betrakta de olika beräkningarna var för sig så att jämförelser blir möjliga inom de redovisningar där man använt samma definitioner. Likaså får man betrakta siffrorna mer som nivåer än exakta tal."; Stockholms läns landsting 1999, s. 27.

Gränsen mellan socialtjänst (främst den kommunala äldre- och handikappomsorgen) och hälso- och sjukvård har genom statsmakternas beslut förflyttats och samtidigt luckrats upp. [...] Utvecklingen har förändrat förutsättningarna för den statliga tillsynen, och det har bland annat i granskningen visat sig svårt att utöva tillsyn över den del av hälso- och sjukvården som är integrerad med, eller har ett gränssnitt till kommunens socialtjänst.<sup>5</sup>

Det finns visserligen ansatser till att skapa en översikt över kvantitativa förändringar och genomförda omorganisationer, men vägen är lång innan medborgare, politiker och vårdpersonal kan sägas ha en god och någorlunda lättillgänglig insyn i den struktur man är beroende av på båda sidor om vårdrelationen.<sup>6</sup>

När det gäller omfattningen av entreprenadisering inom olika områden av vården är det särskilt svårt att få ett samlat grepp över utvecklingen. Enligt uppgifter från Yrkesinspektionens Stockholmsdistrikt har det under 1990-talet blivit allt svårare att hitta de arbetsställen man planerar att inspektera. De offentliga register som används för att identifiera arbetsplatser måste kompletteras genom att yrkesinspektörerna helt enkelt slår i telefonkatalogen.<sup>7</sup> En liknande situation rapporteras från Socialstyrelsen.<sup>8</sup>

## 1990-talets nationella vårdpolitik i ett arbetsmiljöperspektiv

I den internationella litteraturen är det vanligt att karakterisera 1990-talet som det mest reformintensiva decenniet på hälso- och sjukvårdens områ-

---

<sup>5</sup> Riksrevisionsverket 1996, s. 14.

<sup>6</sup> SOU 2000:3, s. 275.

Socialdepartementet utarbetar för främst egen räkning ett försök till sammanställning, där i vissa fall tabellverket består av ett "hopplock" från olika statistikområden och statistikproducenter. Man presenterar sitt arbete på bland annat följande sätt: "Intresset för fakta/nyckeltal som beskriver förhållanden inom det socialpolitiska området är stort. Detta intresse, tillsammans med behovet av att ha lätt tillgängliga aktuella data på ett och samma ställe, utgör grunden för att vi publicerar 'Välfärdsfakta Social'."; se vidare Socialdepartementet, Samordningskansliet 1999 02-01.

<sup>7</sup> Intervju 00-03-17 med P. O. Lindström (biträdande tillsynsdirektör) och yrkesinspektör Leif Åkerberg (vårdgruppen) vid Yrkesinspektionen Stockholms distrikt. Två register används rutinemässigt; SARA (Samordnat arbetstilleregister för Arbetarskyddsverket) och SCB:s företagsregister.

<sup>8</sup> Under våren 2000 anhöll Socialstyrelsen till regeringen om att få tillstånd att lägga ner det vårdgivarregister som regleras i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Trettio kommuner hade då inte anmält någon verksamhet alls till detta register:

..." Det har också visat sig att anmälningar om förändrade uppgifter (t.ex.) adressändring och byte av verksamhetschef inte anmäls i den utsträckning som är nödvändig. [...] För tillsynsarbetet är registret inte nödvändigt. Uppgifter om vårdgivare går att få på andra sätt, dock saknas en samlad källa. Istället får man leta efter uppgifter på olika håll. Även telefonkatalogen kan användas."; Socialstyrelsen 2000, s.1.

de sedan andra världskriget.<sup>9</sup> I en forskningsöversikt görs iakttagelsen att under detta decennium finns ”nästan överallt ett missnöje med existerande metoder för finansiering och utförande och ett sökande efter nya policyinstrument”.<sup>10</sup> I litteraturen om 1990-talets ”health care reforms” framgår att många av de modeller och förändringar som prövats i svenska landsting har direkta motsvarigheter i flera av de reformer som genomförts i andra industrialiserade västländer. Även när det gäller centrala motiv för förändringarna har en påtaglig konvergens noterats. Nära nog samstämmigt anges England som den främsta inspirationskällan för de svenska organisationsexperimenten på hälso- och sjukvårdens område.

Liknande förändringar har debatterats och genomförts under samma period på äldreomsorgens område. I ett delbetänkande från Kommittén Valfärdsbokslut som syftar till att ta ett samlat grepp på välfärdssystemens förändringar under 1990-talet, sammanfattar man på bland annat följande sätt:

*En bärande tanke under 1990-talet har varit att skapa förutsättningar för konkurrens mellan olika aktörer för att effektivisera och förny den offentliga verksamheten. Det har också skett en förskjutning i riktning mot alternativa driftsformer inom äldreomsorgen, såtillvida att en ökande andel av äldreomsorgsinsatserna genom extern anbudskonkurrens har överförts till privata entreprenörer.<sup>11</sup>*

Trots skillnader i förändringarnas fokus och anpassningar till nationella traditioner kan vissa gemensamma drag konstateras. Idén att skilja mellan å ena sidan beställare/finansiärer och å andra sidan utförare/producenter är ett sådant genomgående drag. Ett motiv har varit att förtydliga och avgränsa det politiska ansvaret till att gälla övergripande prioriteringar för den offentligt finansierade vården. Men framförallt är ett återkommande tema förhoppningarna att denna uppdelning av tidigare ”integrerade” system skall underlätta införandet av *produktivitets- och effektivitetshöjande* incitament. Genom anbudskonkurrens och i vissa fall prestationsrelaterade ersättningssystem förväntas utförarna producera mer vård för pengarna.

En annan gemensam nämnare i den internationella utvecklingen – inbegripet den svenska – är det sätt på vilket förändringarna genomförts: *många förändringar skedde samtidigt* och i ett *högt upptrivet tempo*. De implementerade modellerna var även föremål för *återkommande revideringar*.

<sup>9</sup> Detta avsnitt bygger till stor del på Gustafsson 1999a, där också mer precisa referenser till resonemanget anges. För en översikt över den internationella utvecklingen; se Wessen 1999, Saltman 1994, s. 287, Robinson 1994, s.2 och Light 1997, s. 297.

<sup>10</sup> Ham, 1997, s.1, min översättning.

<sup>11</sup> SOU 2000:3, s. 175.

Ytterligare ett genomgående drag i förändringsarbetet är den *brist på utvärderingar*, uppföljningar och forskning som allt fler nu fäster uppmärksamheten på.<sup>12</sup> Det hittills mest ambitiösa försöket att skapa en överblick över de utvärderingar som trots allt genomförts i Sverige på hälso- och sjukvårdens område återfinns i några rapporter från Socialstyrelsen. Man konstaterar:

*För landstingens del att det är en svår och komplicerad process att förändra ekonomiska styrsystem. Det är därför förvånande att de förändringar som genomförts i de olika landstingen i så ringa utsträckning föregåtts av en öppen diskussion om de nya styrformernas för- och nackdelar. Likaså är det endast undantagsvis som systematiska utvärderingar genomförts av reformer. Samma sak gäller när nyligen införda styrformer övergivits.*<sup>13</sup>

En liknande slutsats dras 1995 för den primärkommunala sektorn (barnomsorg, äldre- och handikappomsorg, individ- och familjeomsorg):

*Det är svårt att veta om och i så fall hur de förändrade styrsystemen i realiteten har påverkat kvaliteten inom socialtjänstens verksamhet. Samtidigt med förändringarna i styrsystemen har kostnadsminskningar och verksamhetsförändringar genomförts i de flesta kommuner, oavsett styrsystem. [...] Problemet generellt sett med de flesta av de nya produktionsformerna är bristen på uppföljnings- och utvärderingssystem och kvalitetsmätningar. De nya styrformerna har synliggjort de brister som nu finns. Uppföljning behövs för politiker, förvaltning, profession och brukare.*<sup>14</sup>

Till denna svåröverskådlighet på ett allmänt plan vad gäller effekterna av 1990-talets vårdpolitik kommer den *nära nog totala bristen på studier som försökt koppla arbetsmiljöförändringar till olika aspekter på förändringsarbetet*.<sup>15</sup> En förklaring är sannolikt att de ekonomiska styrmodeller som intagit en central ställning i både internationell och svensk debatt domineras av teoretiska perspektiv med mycket få kopplingar till empirisk forskning om arbetsorganisation och vårdprocesser i vid mening. Även empirisk forskning om välfärdspolitik, som ett sätt att utjämna skillnader i människors hälsa, ekonomiska makt och livskvalitet, har i mycket begränsad utsträckning lagts till grund för 1990-talets vårdpolitik.

En bidragande orsak till detta kan vara de snabba och konsultburna ”modeväxlingar” som utgör ett växande fenomen. De företagsliknande organisationsmodeller som lanserats på bred front – ”New Public Mana-

---

<sup>12</sup> Se exempelvis Ham, 1997, s. 9–10 och SOU 2000:3, s. 274.

<sup>13</sup> Socialstyrelsen 1995a, s. 8–9

<sup>14</sup> Socialstyrelsen 1995b, s. 22 och 27.

<sup>15</sup> Se vidare Gustafsson 1999a och Wallenberg 2000.

gement” – karakteriseras i en växande kritisk litteratur som ett fullföljande av jakten på ökad produktivitet och ekonomistyrning. De bygger i stor utsträckning på idéer om ökad personalstyrning uppifrån.<sup>16</sup> Ofta saknas också empiriskt stöd från arbetsmiljöforskning. Mycket sällan bygger budskapet på de erfarenheter av 1990-talets förändringsarbete som trots allt finns att tillgå.<sup>17</sup>

Figur 2.1 är ett försök att i ett sammanhang redovisa viktiga beslut som påverkat landstingens och kommunernas förutsättningar att bedriva vård och omsorg. Vi kan konstatera att 1990-talet inleddes med ett omdiskuterat kommunalt skattetak och avslutades med ett beslut som syftade till en förstärkning av kommunernas ekonomi. Dessutom har omfattande omorganiseringar av verksamheten pågått under hela decenniet.

---

<sup>16</sup> Se exempelvis Blomgren 1999.

<sup>17</sup> Sahlin-Andersson 1998.

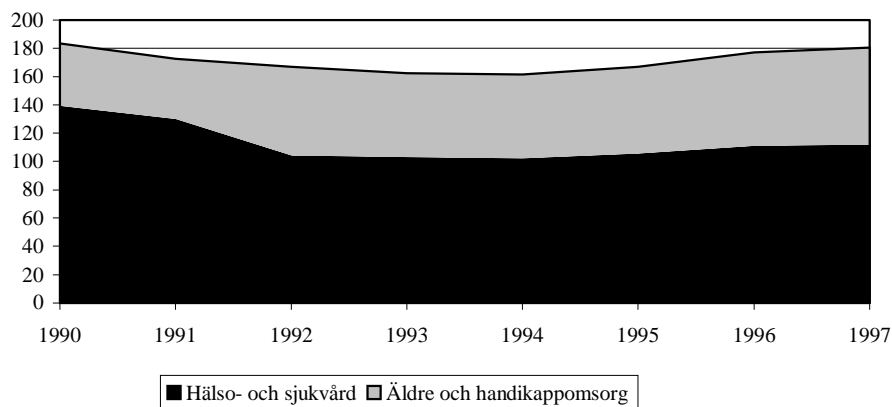


1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Kommunalt "skattestopp"									
Chefsöverläkarreformen: Samlat administrativt och medicinskt ledningsansvar vid enheter för diagnostik och behandling till specialistkompetenta läkare.							Ledning av vården kan ske genom verksamhetschef, dvs. av andra än chefsöverläkare.		
		Ny kommunal-lag.	Kommunen får sluta avtal med annan part för att utföra kommunens uppgifter (dock ej myndighetsutövning) enligt förtydligande i Socialtjänstlagen.						
		Överenskommelse om vårdgaranti för tio diagnoser; bidrag från staten							
		Ädelreformen: Kommunerna får ansvaret för hälso- och sjukvård till äldre i särskilt boende (även funktionshindrade) och betalningsansvar för "medicinskt färdigbehandlade" äldre.							
		Rätt till försöksverksamhet med kommunal primärvård (till 1996; senare förlängt t.o.m. 1999).							
				Handikappreformen (LSS och LAS): Kommunerna får huvudansvar för omsorg och stöd till funktionshindrade och psykiskt störda, vissa rättigheter till personlig assistans införs.					
				Fri etabl.-rätt för spec. läkare och sjukgymn.					
				Lag om husläkare: Listning hos husläkare; vårdlag bryts upp; kapitering och ersättning efter antal besök.					
					Psykiatrireformen: Kommunen skall erbjuda sjukvård (utom läkare) till psykiatriskt färdigbehandlade som bor i särskilt boende och har betalningsansvar för "psykiatriskt färdigbehandlade".				
							Extra statsbidrag till vård, omsorg och skola.		

Figur 2.1. Exempel på viktiga nationella förändringar av betydelse för kommunernas och landstingens vårdpersonal.

Figur 2.2 ger ett övergripande mått på de ekonomiska resurser som tillförts vårdsektorn under 1990-talet. Man kan konstatera en "svacka" kring

decenniets mitt. Några drastiska nedskärningar av de totala resurserna indikeras inte med dessa mått, men vid tolkningen av diagrammet bör observeras: 1, att viss befolkningstillväxt skett och framförallt att andelen äldre i befolkningen ökat, 2, att arbetslösheten uppgått till ovanligt höga nivåer under decenniet (sannolikt genererar arbetslöshet ett ökat vårdbehov genom negativa hälsoeffekter)<sup>18</sup>, 3, att kostnaderna för läkemedel ökat dramatiskt under decenniet, vilket således innebär att ”vårdproduktionens” personalintensitet minskat (som exempel kan nämnas att läkemedelskostnadernas andel av de totala sjukvårdskostnaderna ökade från 9,4 till 16,4% mellan 1990 och 1996)<sup>19</sup> och 4, att det faktiskt föreligger stora svårigheter att skapa säkra, jämförbara och relevanta mått på den ekonomiska resurstillförseln till vårdsektorn.<sup>20</sup> Sammantaget medför detta att 1990-talets omorganiseringar genomförts i en krympande ekonomi, samtidigt som vårdpersonalen stått inför konstanta eller ökande vårdbehov.



Figur 2.2. Riket: Offentliga utgifter för vård och omsorg (miljarder kronor per år i 1998 års priser)

Källa: SOU 2000:3, s. 111 (något omarbetad). Diagrammet baseras på den offentliga konsumtionen enligt Nationalräkenskaperna (NR) och inkluderar dessutom ersättning för personlig assistent enligt LASS som inte ingår i den offentliga konsumtionen såsom den definieras i NR.

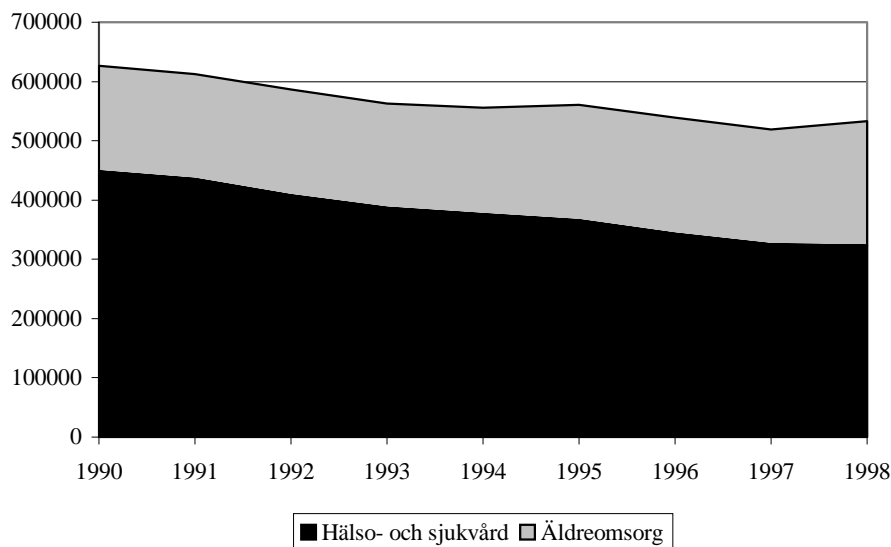
Beroende på främst huvudmannaskapsförändringar är det inte helt oproblematiskt att med hjälp av huvudmännens statistik uppskatta nettoförändringar av det totala antalet personer som arbetar med vård och omsorg i landet. Det är framförallt ont om säkra och över tid jämförbara statistiska uppgifter om hur mycket vårdpersonal som är anställd av pri-

<sup>18</sup> Diderichsen 1997.

<sup>19</sup> Socialstyrelsen 1999a, tabell 21, kapitel 5.

vata utförare. Därför har den statliga Kommittén Välfärdsbokslut bearbetat SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU), som registrerar anställda i olika näringsgrenar oberoende av vilken arbetsgivare dessa har. Figur 2.3 ger därför sannolikt den mest rättvisande tillgängliga bilden av hur den totala personalstyrkan inom vård och omsorg förändrats under decenniet. *De sammanlagda personalminskningarna är utan tvekan betydande och uppgår enligt denna beräkning till cirka 94 000 personer.* Eftersom den genomsnittliga arbetstiden har ökat, är minskningen omräknat till årsarbetare något mindre. Kommittén kommenterar uppgifterna på bland annat följande sätt:

*År 1998 innebär möjligen ett trendbrott, eftersom nedgången av antalet sysselsatta inom sjukvården då tycktes upphöra, medan antalet sysselsatta inom äldreomsorgen tycktes öka. Sannolikt är detta en följd av de extra statsbidrag som från 1997 avsatts för vård, omsorg och skola.<sup>21</sup>*



Figur 2.3. Riket: Antal sysselsatta inom vård och omsorg 1990–1998.

Källa: SOU 2000:3, s. 169.

### Summering nationellt

Det förändringsintensiva 1990-talet kan i ett nationellt arbetsmiljöperspektiv sammanfattas i fem punkter:

- En *avsevärd minskning* av det totala antalet vårdpersonal motsvarande 15% (94.000 av 627.000) har skett under 1990-talet.

<sup>20</sup> Se vidare Socialstyrelsen 1999a, s. 285, Törnqvist 1999, s. 9–12 och SOU 2000:3, s. 167–168.

<sup>21</sup> SOU 2000:3, s. 169.

- Stora grupper vårdanställda har genom nationellt omfattande beslut fått *byta arbetsgivare inom den offentliga sektorn*.
- Ett stigande antal vårdanställda har *också övergått till privata arbetsgivare* i samband med entreprenadiseringar. Här föreligger stora svårigheter att erhålla en översikt över förändringarnas omfattning för olika kategorier vårdpersonal, verksamheter och huvudmän, samt effekterna av detta.
- Det kan inte uteslutas att båda dessa byten av arbetsgivare – i många fall också byten av arbetsplats, arbetskamrater, arbetssätt och arbetsuppgifter – i sig bidrar till *en risk för förändringsstress*. Detta oberoende av om arbetsvillkoren förbättras eller försämras på den nya arbetsplatsen.
- *Arbetsmiljöförändringar har inte följts upp och tenderat att marginaliseras som ett reformpolitiskt intresse*. Flera stora förändringar har genomförts i snabb takt, de offentliga uppföljningssystemen och statistikproduktionen har inte tillräckligt snabbt anpassats till detta. Kraven på ekonomisering av verksamheten har varit stora och de teoretiska ekonomiska modeller som tilldragit sig störst intresse har i stort saknat anknytning till forskning om arbetsmiljö och socialpolitik i vidare mening.

## 1990-talets vårdpolitik i länet i ett arbetsmiljöperspektiv

Den vårdpolitik som förts av Stockholmslandstinget och länets kommuner under 1990-talet samspelar naturligtvis med den nationella. Hur olika beslut och omorganiseringar samverkar med och/eller motverkar varandra i den konkreta arbetssituationen på exempelvis en vårdcentral, en klinik eller i ett av hemtjänstens vårdlag är dock mycket svårt att beskriva och analysera.

I litteraturen är det vanligt att betrakta det nya ekonomistyrningssystem som gått under beteckningen ”Stockholmsmodellen” som en av de mest marknadsinriktade av liknande modeller som även införts på andra håll i landet.<sup>22</sup> Det är också känt att storstadskommuner har konkurrensetsatt och entreprenadiserat sin äldreomsorg i större utsträckning än andra.<sup>23</sup>

Enligt uppgifter från Yrkesinspektionens Stockholmsdistrikt har det under senare år blivit svårare att få en samlad bild av vårdens arbetsmiljö inom länet. Yrkesinspektörerna hävdar att samspelet med personalansvariga och arbetsmiljöhandläggare försvårats, eftersom dessa funktioner

<sup>22</sup> Socialstyrelsen 1995a, s. 37 och Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna (1996a), s. 2.

<sup>23</sup> Kommunförbundet 1999, s 31 och 227, Socialstyrelsen 1999b.

minskats och spritts ut på flera händer i samband med decentralisering och entreprenadisering.<sup>24</sup> I en intern sammanställning av 39 genomförda inspektioner hos privata arbetsgivare inom vården under perioden juli 1997 till mars 1999 (varav 33 inspektioner gällde äldreomsorg) konstaterar man att det är svårt att dra några generella slutsatser om eventuella skillnader i arbetsmiljön hos privata och offentliga arbetsgivare. Den problematik yrkesinspektörerna vill uppmärksamma utifrån materialet och de intryck man fått under sina inspektioner indikerar en övergripande osäkerhet om, planeringssvårigheter för och lågprioritering av arbetsmiljöfrågor:

*... Vi har mött arbetstagare som tidigare arbetat inom den kommunala vården, vissa menar att arbetsmiljön är bättre, vissa att den är sämre än i kommunen.*

*De privata arbetsplatser som upphandlas med några få års intervall lever med en inbyggd osäkerhet om verksamhetens framtid. Vår uppfattning är att denna osäkerhet ger arbetsmiljökonsekvenser då det gäller vilja till långsiktiga investeringar och annan planering på längre sikt. Personalen känner också en viss oro för vad som händer om en annan arbetsgivare 'vinner' nästa anbudsförfarande.*

*Vi har inte uppfattat att det generellt förekommer mera stress inom privat än inom offentlig vård. Kraven är ofta höga både på arbetsledande personer och på personal, men man upplever också ofta att man har ett mycket stort förtroende från arbetsgivaren, VD, styrelse etc. Som chef har man för det mesta ett stort och självständigt handlingsutrymme. Personalen menar att beslutsvägarna inom den privata vårdverksamheten ofta är kortare än inom offentlig verksamhet, vilket uppfattas positivt. Man kan snabbare och enklare få både besked och utrustning man behöver.*

*Trots detta har det, då det gäller ansvariga chefer, funnits brister gällande formell delegering/fördelning av arbetsmiljöuppgifter vid 17 av de 39 arbetsställena. ... I vissa fall har kunskaperna om arbetsmiljöfrågor varit mycket små, och man har inte heller vetat om att man som arbetsgivare borde ha mera arbetsmiljökunskaper. Detta gäller i första hand mindre arbetsgivare.<sup>25</sup>*

Figur 2.4 ger en översikt över några viktiga organisatoriska förändringar som genomförts i Stockholmslandstinget och Stockholms kommun. En detaljerad redovisning av dessa förändringar – och motsvarande omstruktureringar i länets övriga kommuner – skulle spränga ramarna för denna redovisning.

<sup>24</sup> Intervju 00-03-17 med P. O. Lindström (biträdande tillsynsdirektör) och yrkesinspektör Leif Åkerberg (vårdgruppen) vid Yrkesinspektionen Stockholms distrikt.

<sup>25</sup> Yrkesinspektionen, Stockholmsdistriktet, vårdgruppen 990707, Intern sammanställning; *Inspektioner – vård i privat regi*.

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Förslag om att göra Sabbatsberg till Fristående sjukhus. Debatt med förslag Om personaldrift; <i>Sabbatsberg och S:t Görän läggs ut på anbud</i>		Beslut i HSN: S:t Görän skall finnas kvar och privatiseras, Sabbatsberg skall bli "närsjukhus" och läggs ut på anbud. Ny anbudsupphandling		Akuten på Sabbatsberg stängs och sjukhuset blir till "närsjukhus", som drivs på entreprenad.  S:t Görän blir landstingsägt aktiebolag.					S:t Görans AB säljs.
		De nio sjukvårdsområdena blir beställare av akutsjukvård.				Produktionsstyrelse bildas och blir beställarsamordnare för akutvården.		Omorganisering av sjukvårdsområdena och den centrala ledningen.	
	<i>Stock</i>	<i>holms</i>	<i>mode</i>	<i>llen</i>					
	Prest.-ersättn. prövas: "Sätt värde på vården"	Prest.-ersättn. 4,5 kirurgi-spec.	Prest.-ersättn. även inom med.-spec.	Prest.-ersättn. även inom geriatrik och psykiatri	Prest.-ersättn. <i>upphör inom psykiatri</i>				
		<i>Utredning om sjukhusstrukturen; förslag om nedläggning eller ändringar på Sabbatsberg, Löwenströmska, Nacka och S:t Görän.</i>					<i>Utvecklingsplanen; Planer på minskning av personal (6000) och Konstnadsreducering med 2,9 Mdkr.</i>		
		<i>Konkurrens-utsättningsprogram i landstinget: 20 % av verksamheten skall konk. utsättas.</i>							
					<i>Sysselsättningsgaranti i Stockholmslandstinget (baserad på olika avtal och regler); "jobb- och kompetensprogram."</i>				
		<i>Konkurrensgruppen tillsätts i Stockholms stad för att leda genomförande av konkurrensutsättning.</i>		<i>Den nya majoriteten (S &amp; V &amp; Mp) "ärver" tidigare beslutat konkurrensutsättningsprogram i Stockholms stad.</i>			<i>Fortsatt och intensifierad konkurrensutsättning av nya majoriteten.</i>		
							24 <i>stadsdelsnämnder</i> införs i Stockholms stad.	18 <i>stadsdelsnämnd.</i>	

Figur 2.4. Exempel på viktiga förändringar inom länet för Stockholmslandstingets och kommunernas vårdpersonal.

### *Stockholmslandstinget*

Inom Stockholmslandstinget framstår den s.k. *Stockholmsmodellen* som den principiellt sett viktigaste förändringen, eftersom denna både uttryckt och förstärkt den politiska och högsta förvaltningsledningens intresse för produktivetsfrågor, nya ekonomistyrningssystem och konkurrensutsätt-

ning. Den produktivitetsökning som inledningsvis rapporterades verkar dock klingat av över tid.<sup>26</sup> I den senaste och mest omfattande översikten över dessa förändringar sammanfattar forskarna kunskapsläget på bland annat följande sätt:

*Sett över perioden 1992–1996 ledde SM [Stockholmsmodellen] till påtagliga funktionella effekter endast under åren 1992–93. Då steg produktiviteten med sammanlagt cirka 19% vilket var betydligt mer än i de landsting som ej tillämpade motsvarande styrsystem. Volymen ökade med 10%. Några större dysfunktionella effekter uppträdde ej under de inledande åren och kvaliteten i vården snarare ökade än minskade.*

*Åren 1994–1996 innebar däremot ett bakslag. Produktiviteten minskade och låg vid periodens slut bara något över den nivå som den hade vid decenniets början. ...<sup>27</sup>*

När det gäller Stockholmsmodellens effekter på lång sikt – med avseende på sådana avsedda effekter såsom ökad produktivitet, effektivitet och kostnadskontroll – bör således stor försiktighet iakttas vid bedömningar. Ett grundläggande forskningsproblem är och förblir att modellen infördes samtidigt med flera andra stora förändringar, som sannolikt också påverkar produktiviteten (dessutom troligen på olika sätt i olika landsting). Det är svårt att isolera och fastställa orsaker till både modellens avsedda och icke-avsedda (negativa såväl som positiva) effekter. En ytterligare svårighet är att modellen förändrats ett antal gånger och att den numera endast svårtligen kan identifieras som en specifik faktor i landstingets styrsystem. Till saken hör också att när förloppet tolkas i termer av andra effekter än ekonomiska, fäster numera alltfler forskare uppmärksamheten på negativa aspekter, som ej förekom i den tidiga debatten i samma utsträckning. Här handlar det dock om studier med ett än mer fragmentariskt och svårtolkat empiriskt underlag, än vad som gäller för den ekonomiska forskningen. De forskare som återopats i det ovanstående citatet hävdar att inledningsvis uppfattades det nya styrsystemet som positivt av de flesta berörda ”och man spelade överlag med i det nya systemet”, men;

*Efter 1995 var bilden mer problematisk. Tilltron till landstingets ledning avtog då styrsituationen uppfattades som otillfredsställande. Landstingets ledning fick ett legitimitetsproblem. Samtidigt började en svängning i den allmänna opinionen göra sig märkbar. Allt oftare framfördes att nu hade besparingarna inom hälso- och sjukvården nått gränsen för det möjliga; nu fick det vara nog. Nu måste hälso-*

<sup>26</sup> Den ofta återopade studien av Stockholmsmodellens produktivitetshöjande förmåga som här avses är Jonsson 1994. Förutom nedanstående citat där produktivitetens utvecklingen diskuteras; se exempelvis Socialstyrelsen 1997, s. 39–40 och Whitehead & Gustafsson & Diderichsen 1997.

<sup>27</sup> Charpentier & Samuelsson 1999, s. 129; min parentes.

*och sjukvården få hämta sig och arbeta enligt de nya förutsättningarna.*<sup>28</sup>

En pådrivande faktor i den bristande tilliten mellan beställare och utförare som rapporterades 1994–1995 var problem med totalkostnadskontrollen som blev alltmer akut för beställarna när Stockholmsmodellen verkat något år.<sup>29</sup> Det visade sig att produktivitetsökningarna skedde samtidigt med att ”vårdproduktionens” volym ökade. Systemet verkade därmed inte bara åstadkomma ”mer vård för pengarna”, utan också ”mer vård och därmed mer kostnader”. Detta uppfattades i sin tur som delvis en bieffekt av det prestationsersättningsystem, som utgjorde modellens kärna. Nu införde beställarna s.k. rabatter, takpris och produktionstak. Den åsyftade effekten var begränsad, men gav upphov till ett visst missnöje från klinikernas (utförarnas) sida, eftersom styckepriset sänktes genom ensidiga beslut och på ett svåröverskådligt sätt, i vissa fall dessutom efter det att vården producerats.

Under våren 1996 tonades marknadsstyrningen ner till förmån för en tydligare politisk fokusering på landstingets finansiellt sett oroande situation. De underskott som uppstått i landstingets budget kunde visserligen långt ifrån uteslutande härledas tillbaka på Stockholmsmodellens inverkan. Den fria etableringsrätten för privata specialister inom den öppna vården utgjorde, tillsammans med landstingets sviktande skatteintäkter, orosmoment i en komplicerad situation.<sup>30</sup> Det stod också klart att inledande förhoppningar om att Stockholmsmodellen skulle kunna bidra till behövliga förändringar i landstingets vårdstruktur (reducering av akutvårdplatser) inte skulle komma att infrias.

Den 20 juni 1996 tog landstingsfullmäktige ett beslut som måste betraktas som decenniets andra vårdpolitiska nyckelhändelse; den s.k. ”utvecklingsplanen för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting” fastställdes. Syftet var både att skapa en långsiktig plan för förändring av vårdstrukturen och att åstadkomma ekonomisk balans i landstingets budget. Ursprungligen planerades att under perioden 1996–1998 genomföra besparingar på sammanlagt drygt 2,9 miljarder kronor.

Det skulle föra för långt att här redovisa de planerade förändringarna, kraven på effektivisering och vad som är känt om planernas realisering.<sup>31</sup> I utgångsläget *aviserades en total neddragning av antalet anställda med 6 000 personer* (4 000 inom akutsjukvården, 1 000 inom psykiatrin, 300

<sup>28</sup> Charpentier & Samuelsson 1999, s. 139.

<sup>29</sup> Se vidare Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1996a och Stockholm läns landsting, HSN-staben 1995a.

<sup>30</sup> Whitehead & Gustafsson & Diderichsen 1997.

<sup>31</sup> Se vidare Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1998 och Socialstyrelsen & Stockholms läns landsting & Göteborgs universitet 2000.



inom geriatriken, 400 inom primärvården och 300 inom övrig verksamhet). Detta skulle genomföras på en period av tre år. Den genomförda neddragningen beräknades dock i slutet av 1998 till ”endast” 3 200 personer.<sup>32</sup> Här bör då också nämnas att en s.k. *Sysselsättningsgaranti* beslutades under 1994, vilken omfattade all tillsvidareanställd personal (som inte fått uppsägning på grund av arbetsbrist före 1994-09-18). Garantin gällde t.o.m. årskiftet 1998/1999 och innebar bland annat att övertaliga, som inte kunde erbjudas nya tillsvidareanställningar, fick möjligheter att ingå i ett ”jobb- och kompetensprogram.”<sup>33</sup> I den broschyr för personalen som distribuerades under 1995 genom det s.k. *Omställningskansliet*, förklarades innebörden av garantin på bland annat följande sätt ...”För den som är eller blir övertalig innebär sysselsättningsgarantin i första hand en anställningstrygghet som ger möjlighet till förberedelse för ett annat arbete.”<sup>34</sup>

Sammantaget kan en betydande osäkerhet för personalen konstateras. Då bör rimligen också den *omflyttning av cirka 2 600 personer* som skedde under perioden vägas in i bedömningen.<sup>35</sup> Figur 5 illustrerar de flyttströmmar som strukturförändringarna förorsakade under 1996. I de uppföljningar som kopplades till utvecklingsplanen ingår också vissa studier av personalens reaktioner. Dessa sammanfattas på bland annat följande sätt:

*...Av speciell betydelse för utvärderingen av förändringsarbetet, är uppfattningen att organisationsförändringarna lett till kompetensförluster genom att etablerade grupper – ’vårdkedjor’ – splittrats och etablerade nätverk gått förlorade. En tredjedel av personalen uppger att de allvarligt funderat på att sluta under det senaste året [...] Den samlade bilden är att personalen dels upplever sig åsidosatt, med dålig återkoppling och bristande delaktighet, dels att resurserna inte räcker för allt det man kan och vill göra.*<sup>36</sup>

---

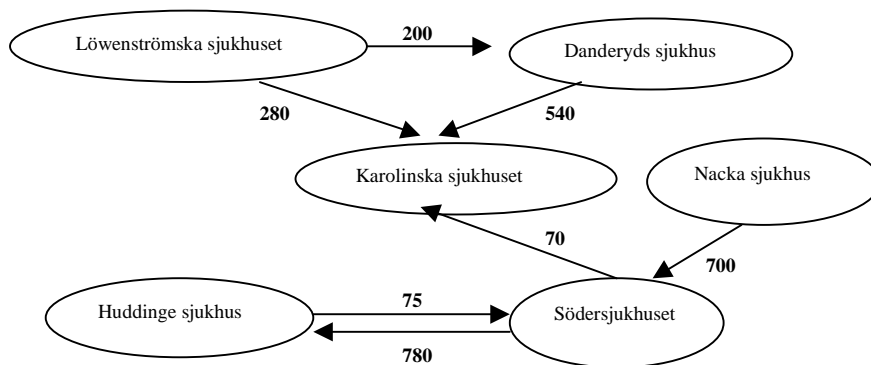
<sup>32</sup> Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1998, s. 9–10.

<sup>33</sup> Se Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1995 och Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1996c.

<sup>34</sup> Stockholms läns landsting, HSN-staben 1995b, s. 1.

<sup>35</sup> Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1998, s. 6.

<sup>36</sup> Socialstyrelsen & Stockholms läns landsting & Göteborgs universitet 2000, s. 61.



Figur 2.5. Stockholmslandstingets utvecklingsplan: Förflyttningar av personal mellan sjukhusen 1996

Källa: Stockholms läns landsting, sjukhusstyrelsens årsberättelse för 1996 (något modifierad); här enligt Laius 1997. Totalt har 2600 personer förflyttats mellan sjukhusen under perioden 960101–970101.

#### Länets kommuner

Även när det gäller kommunernas verksamhet inom äldre- och handikappomsorgen står det klart att decenniet karakteriserats av stora och nära nog ständigt pågående förändringar. Nyckelorden omorganisering, ekonomisk åtstramning, entreprenadisering och ökad mångfald kan sammanfatta förändringarna. Socialstyrelsen bidrar i en rapport till att skapa en viss överblick.<sup>37</sup> Vad gäller resultatenheter och prestationsersättning, som direkt påverkar personalens arbetsmiljö, hävdas att ...”Prestationsersättning är ett sätt att tydligare koppla samman volymutveckling (t.ex. antal barn eller vårdbehovet hos äldre) med kostnaderna för omsorgen. Denna form av ekonomistyrning kan underlätta besparingar.” Vad gäller Stockholms län sammanfattas situationen på bland annat följande sätt (1997):

*Alla kommuner har någon form av resultatenheter (även om inte alla vill använda den beteckningen). Prestationsersättning införs av fler och fler kommuner. Nu förekommer prestationsersättning (en del håller på att införa det nu) i ett 20-tal kommuner, d.v.s. en överväldigande majoritet av kommunerna, inom BO [barnomsorgen] och/eller ÄH [äldre- och handikappomsorgen], helt eller delvis.<sup>38</sup>*

Här bör också nämnas att i länets ojämförligt största kommun – Stockholms kommun – beslutades under 1993 att genomföra ett konkurrensutsättningsprogram med början 1994. Enligt det ursprungliga beslutet skulle 20% konkurrensutsättas, men den nya politiska koalitionen som tillträdde efter valet 1994 överlät beslut om konkurrensutsättningsom-

<sup>37</sup> Socialstyrelsen 1997, s. 55 innehåller en sammanställning över samtliga kommuner i Stockholms län vad gäller organisationsform, nämnd- och förvaltningsstruktur t. o. m. 1997.

<sup>38</sup> Socialstyrelsen 1997, s. 54.

fattning och inriktning på respektive nämnd. Efter valet 1998 tillträdde en ny borgerlig koalition, som intensifierade konkurrensutsättningen.<sup>39</sup>

Inom Stockholms stad planerades också under två år (1995–1996) en stadsdelsnämndsreform av ett speciellt kansli. Förändringen som från 1 januari 1997 innebar en decentralisering av den politiska ledningsfunktionen till 24 stadsdelsnämnder med långtgående autonomi (numera 18 stadsdelsnämnder) har i ett uppföljningsprojekt betecknats som ...”en av de mest omfattande organisationsförändringar i offentlig verksamhet som ägt rum i Sverige.”<sup>40</sup> Vad gäller personalfrågor sammanfattas processen på bland annat följande sätt i rapporten:

*Med en så genomgripande reform påverkades många människors anställnings- och arbetsförhållanden. En rad viktiga personalfrågor måste hanteras i samband med genomförandet. En del organisationsenheter skulle upplösas och nya skulle tillskapas. Många anställda skulle komma att tillhöra en ny organisation, få ändrade arbetsuppgifter eller nya chefer eller kanske t.o.m. bli utan arbete. Hanteringen av personalfrågorna var, såsom tidigare nämnts, också starkt kopplad till hur informations- och utbildningsfrågorna hanterades.<sup>41</sup>*

## Länets vårdpersonal –hur många, var och vilka vårdbehov möter man?

Vi har redan påpekat att i den officiella vårdstatistiken saknas tyvärr tillförlitliga och över tid jämförbara uppgifter om hur mycket vårdpersonal som är anställd av privata arbetsgivare. Revisorerna i Stockholmslandstinget uppmärksammade detta i en rapport 1996. ...”Information om omfattningen av personal inom den privat drivna sjukvården finns inte samlad eller tillgänglig, enligt vad vi erfarit, inom SLL [Stockholms läns landsting].”<sup>42</sup> I samma rapport redovisas en omfattande enkätbaserad kartläggning som syftade till att skaffa denna information (undersökningen genomfördes under augusti 1995). Man kom då fram till att ...”Den landstingsfinansierade hälso- och sjukvårdspersonalen omfattar drygt 45 000 årsarbeten, 90% i landstingets regi och 10% i privat regi.”<sup>43</sup> Av detta unika material – undersökningen har hittills ej upprepats – framgår också att *andelen anställda hos privata vårdgivare varierar högst betydligt mellan olika personalkategorier*: Av samtliga läkare (helårsarbeten) i undersökningen (6 304) var 19% (1 212) anställda hos privata vårdgivare,

<sup>39</sup> Se vidare Fridolf 1996 och Jonsson 1995.

<sup>40</sup> Högberg 1999; förordet.

<sup>41</sup> Högberg 1999, s. 97

<sup>42</sup> Stockholms läns landstinget, landstingsrevisorerna 1996b, bilaga 1, s. 1.

<sup>43</sup> Stockholms läns landstinget, landstingsrevisorerna 1996b.

vilket är den i särklass högsta andelen. Som exempel på motsvarande procentandelar för andra personalkategorier kan nämnas 4% (455 av 12 370) för sjuksköterskornas del (däri ingår ej de sjuksköterskor som är anställda hos privata husläkare) och 7% (473 av 7 124) för undersköterskornas del.<sup>44</sup> Detta indikerar att skiktningen ökar på vårdpersonalens arbetsmarknad i länet.

I syfte att erhålla ett samlat grepp om den vårdpersonal som är anställd av olika privata arbetsgivare har vi vänt oss till SCB:s företagsregister *Basun* som tidigare använts för en liknande kartläggning.<sup>45</sup> Sannolikt innehåller detta register den mest täckande och över tid jämförbara informationen om antalet vårdpersonal i privat drift. Detta trots att syftet med registret ej primärt är relaterat till uppföljning och överblick på vård- och omsorgsområdet.<sup>46</sup>

Figur 2.6 visar att entreprenadiseringen går fort i länet och att denna koncentreras till privata vinstdrivna företag: *På sju år (1993–1999) har andelen vårdpersonal i privata aktiebolag ökat från knappt 5 till drygt 18%.*<sup>47</sup>

Även här indikeras en nettominskning av antalet anställda inom vård och omsorg i länet, men i detta statistiska material är minskningen betydligt mindre; cirka 5% (jfr figur 3). Det är då viktigt att vara klar över att storleksvariationen till stor del sannolikt beror på att de tillgängliga uppgifterna samlats in på olika sätt.<sup>48</sup>

---

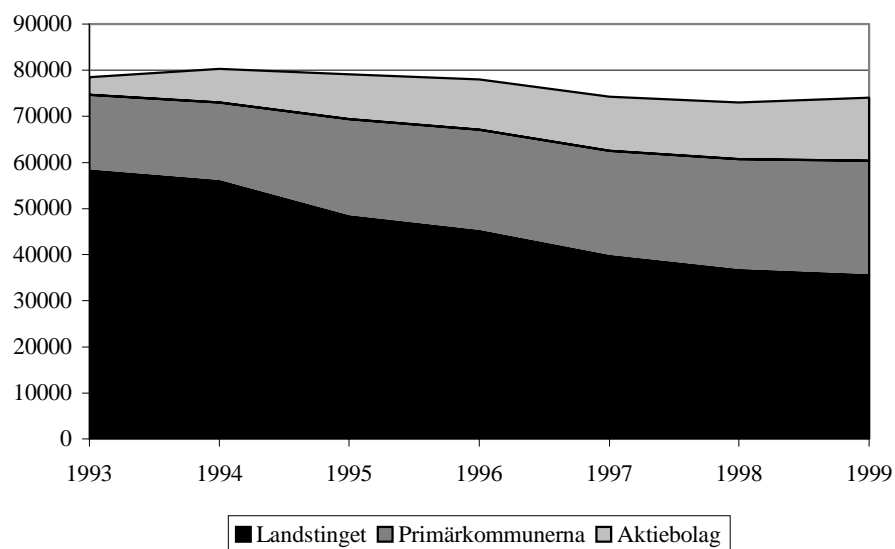
<sup>44</sup> Stockholms läns landstinget, landstingsrevisorerna 1996b, bilaga 2.

<sup>45</sup> ESO 1995.

<sup>46</sup> Registret används i första hand som populationsregister, urvalsram och samordningsinstrument inom den officiella (ekonomiska) statistiken och avses täcka i princip alla arbetsställen och företag/organisationer som bedriver någon form av ekonomisk verksamhet. Registret uppdateras var 14:e dag med nyregistreringar från Patent och registreringsverket, adressändringar från Svensk adressändrings AB och med uppgifter från Riksskatteverket och egna enkäter till samtliga företag med fler än ett arbetsställe: Se vidare presentationsbroschyren SCB 1999.

<sup>47</sup> Samtliga anställda som ingår i SCB:s företagsregister klassificeras med avseende på vilken juridisk form arbetsstället har. I det materialet vi beställt ingår följande juridiska former: Handelsbolag, kommanditbolag (juridisk form 31), övriga aktiebolag (49), ekonomiska föreningar (51), primärkommuner (82) och landsting (84). Totalt fanns 1993 (i de närliggande nästa not) 78 592 anställda, varav 3 803 i privata aktiebolag; 1999 uppgick det totala antalet vårdpersonal inom samma närliggande till 74 358, varav 13 668 i aktiebolag. Förekomsten av handelsbolag och ekonomiska föreningar är försumbart: 1999 utgör anställda där sammantaget 0,5% av det totala antalet anställda i länets vård och omsorg.

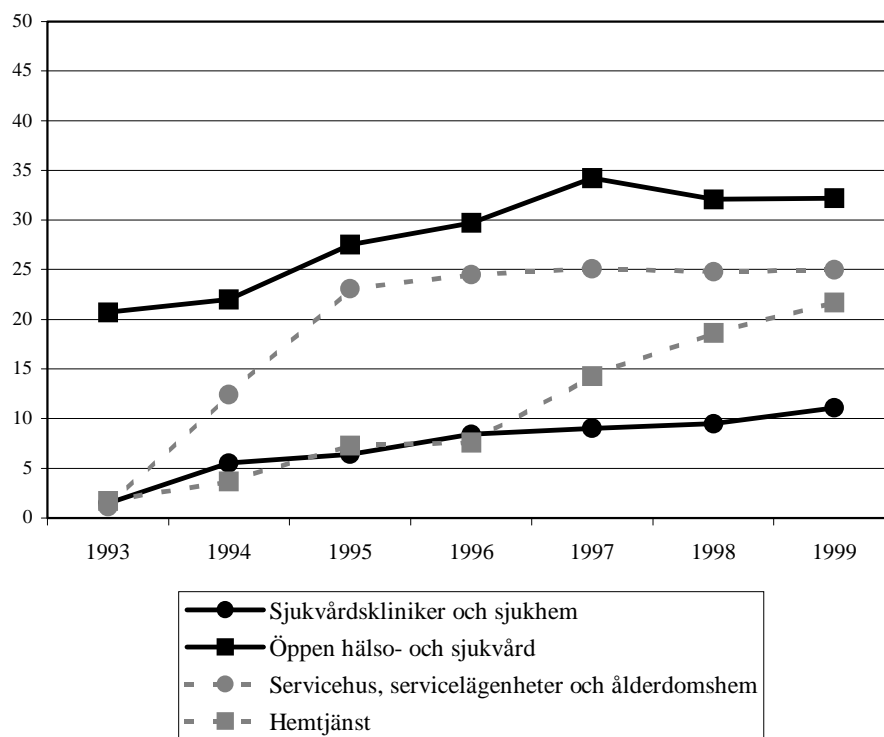
<sup>48</sup> I figur 6 ingår personal som klassificerats enligt SNI92 (Standard för svensk näringsgrensindelning 1992) varvid följande närliggande medtagits: Sluten sjukvård (85 110), öppen hälso- och sjukvård (85 120), vård och service till boende i servicehus o.d. (85 311), särskild omsorg för psykiskt utvecklingsstörda (85 312), vård och behandling i hem för vård eller boende (85 313) och äldre och handikappomsorg, inklusive hemtjänst (85 323).



Figur 2.6. Stockholms län: Antal sysselsatta inom vård och omsorg hos olika arbetsgivare

Källa: Specialbearbetning av SCB:s företagsregister Basun mars 2000.

Figur 2.7 ger ett mått på storleksrelationen mellan anställda hos privata och offentliga utförare inom några viktiga grenar av länets vård. Antalet anställda hos privata aktiebolag uppgår under 1999 till nästan en tredjedel av alla som arbetar inom öppen vård (32,2% eller 3 447 hos aktiebolag av sammanlagt 10 714 anställda). Vi ser också att inom kommunernas äldreomsorg har förändringar gått fort under den senaste femårsperioden. En fjärdedel av vårdpersonalen i länets särskilda boende arbetar hos privata aktiebolag enligt SCB:s företagsregister (24, 9% eller 3 597 av sammanlagt 14 400 för år 1999) och man närmar sig en liknande situation inom kommunernas hemtjänst (21, 7% eller 1 882 av 8 669 för år 1999).

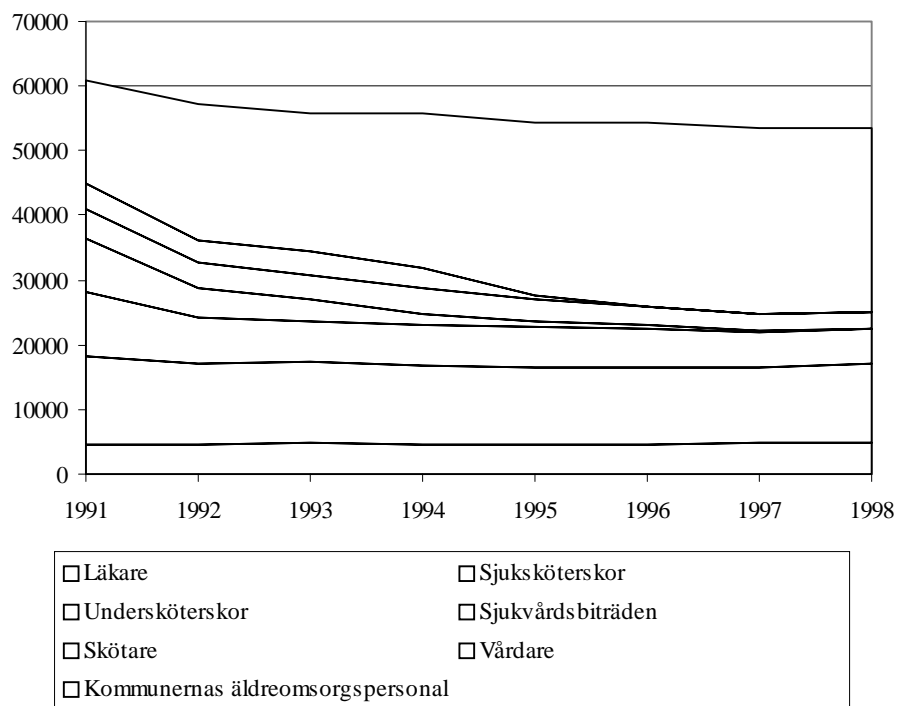


Figur 2.7. Stockholms län: Andel anställda hos privata aktiebolag i procent av samtliga anställda inom några viktiga vårdgrenar.

Källa: Specialbearbetning av SCB:s företagsregister Basun mars 2000.

Vilka slags vårdbehov och arbetssituationer möter då länets nedbantade och i ökande grad entreprenadiserade vårdpersonal?

Figur 2.8 redovisar några stora personalkategoriernas omfattning över tid i länet. Observera att vi här tvingas begränsa perspektivet till den del av personalen som är anställd av landsting och kommun. Vi ser att sjukvårdsbiträden – basresursen för omvårdnaden i den slutna vården – idag nästan inte alls förekommer inom landstingets verksamhet. Även undersköterskorna har minskats betydligt. Båda dessa yrkeskategorier har dock i stor utsträckning överförts till kommunernas äldreomsorg, men figuren indikerar också att en hel del omsorgspersonal försvann på vägen.



Figur 2.8. Stockholms län: Antal offentligt anställda årsarbetare i några vanliga vårdyrken.

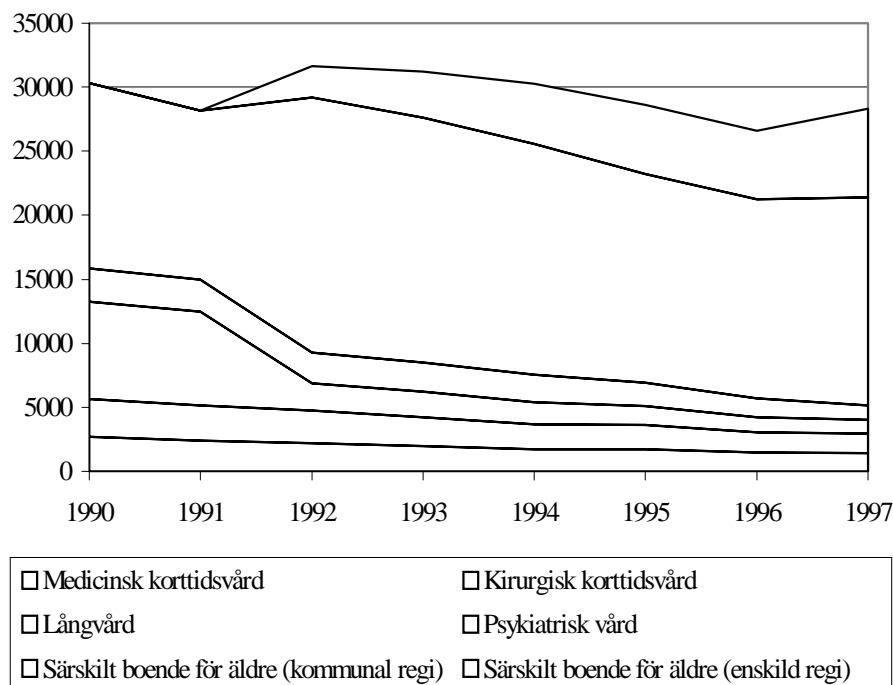
Källor: Landstingsförbundet (1992–1999) Landstingsanställd personal 1991–1998. Tabell 5 och Kommunförbundet (1992–1999) Kommunal personal. Tabell 7 och 8 (beroende på år).

#### Arbetsvillkor i länets slutna vård och omsorg

Figur 2.9 ger en övergripande bild av den slutna vårdens struktur i länet (observera att uppgifter saknas om privat akutvård och äldreomsorg i enskild regi innan 1992).<sup>49</sup> På landstingssidan kan vi konstatera att alla huvudkategorier av vårdplatser minskar. Långvårdens drastiska minskning från 1991 till 1992 är naturligtvis en följd av ädelreformen, men vi ser att även övriga slutna vårdplatser minskar kontinuerligt. Kommunernas ökning av det totala antalet platser i särskilt boende för äldre verkar inledningsvis (1992) uppgå till fler platser än landstingets minskning av motsvarande platser (främst långvård). Detta kan dock vara en effekt som uppstår av redovisningstekniska skäl. Den genomgående trenden är en kraftig minskning av antalet vårdplatser hos offentliga utförare under

<sup>49</sup> Det saknas tillförlitliga och över tid jämförbara uppgifter om antalet sjukvårdsvårdplatser i privat drift. I *Hälsa- och sjukvårdsstatistik årsbok 1999* (tabell 14, kapitel 2) görs uppskattningen att platser i somatisk korttidsvård i privat drift (Stockholms län) uppgår till 940 (1994), 851 (1996), 856 (1998), somatisk långtidsvård 2 183 (1994), psykiatrisk vård 331 (1994), konvalescens vård 599 (1994). Dessa uppgifter härrör från Socialstyrelsen som begär årsrapporter från privata vårdgivare. Statistiken omfattar både privat driven och privat finansierad vård och privat driven men offentligt finansierad vård (t.ex. dem som har vårdavtal med landstingen) och landstingsägda bolag (t.ex. S:t Görans sjukhus).

1990-talet, men minskningen kompenseras i stor utsträckning av det ökande antalet platser i enskild regi inom äldreomsorgen.



Figur 2.9. Stockholms län: Vårdplatser inom vård och omsorg i offentlig och enskild regi

Källa: Landstingsförbundet & Socialstyrelsen (1990–1997) Basårsstatistik 1990–1997. Verksamhet. Sammanställning av vårddagar, vårdplatser, läkarbesök m.m. Tabell 2.1–2.5 och tabell 1.1–1.2 och Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret (1990–1997) Årsstatistik för Stockholms län och landsting. Tabell 18.12 och 18.13 (beroende på år).

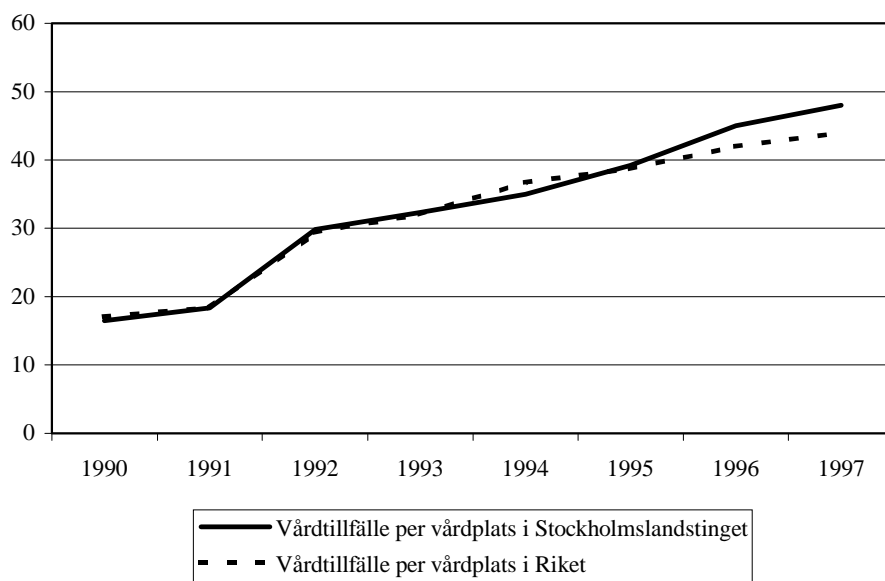
Figur 2.10 indikerar en generellt sett starkt förändrad karaktär på arbets-situationen för den vårdpersonal som fortsatt arbetar inom landstingets slutna vård. Vi kan konstatera att mot slutet av 1990-talet hjälper vård-personalen cirka tre gånger fler patienter per vårdplats än knappt tio år tidigare. Denna generella förändring har även slagit igenom i landstingets geriatriska vård, som efter Ädel-reformen genomgått en planerad om-vandling mot en mer akutgeriatrisk inriktning. Under perioden 1993–1998 har antalet vårddagar per vårdtillfälle (medelvårdtiden) sjunkit kraftigt inom geriatriken; från 31 till 15 dagar.<sup>50</sup>

Ur arbetsmiljösynpunkt står det klart att personalen möter betydligt fler patienter och träffar dessa i genomsnitt under en tredjedel av den tid man gjorde för tio år sedan: I denna mening kan man säga att *landstingets vårdpersonal och dess patienter befinner sig i en ”snabbare vårdmiljö”*. Denna slutsats gäller oberoende av om man antar att ökningen av antal

<sup>50</sup> Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1999b, s. 1.



vårdtillfällena per sängplats skett genom att arbetet organiseras, styrs och utförs allt bättre (dvs. att produktiviteten ökat samtidigt som vårdkvaliteten bibehållits) eller om man renodlar åt andra hållet och antar att hela ökningen av ”produktionsflödet” beror på att personalen helt enkelt sliter mer och/eller att vården blivit av lägre kvalitet.<sup>51</sup>



Figur 2.10. Stockholmslandstinget och riket: Vårdtillfälle per vårdplats i slutenvård.

Källa: Landstingsförbundet (1991/92–1999) Statistisk årsbok för landsting. Tabell 4.10–4.15 (beroende på år).

När det gäller äldreomsorgen saknas statistiska uppgifter om vårdtillfällena per vårdplats, vilket naturligtvis delvis förklaras av att de flesta hjälptagare faktiskt ”bor i vården” under en period av flera år. Däremot vet vi att både hjälptagarna i eget boende och i särskilt boende blir allt äldre. Enligt Socialdepartementet ökade andelen av de boende i servicehus som är 80 år och äldre från 63 till 71% mellan 1990 och 1997 (uppgifterna gäller riket och kan inte brytas ner på länsnivå).<sup>52</sup> Generellt gäller också att både andelen personer med omfattande hjälpbehov och dementa hjälptagare ökar inom den institutionsbundna äldreomsorgen.<sup>53</sup> Äldreom-

<sup>51</sup> Jag hävdar att inflytelserika ekonomiska analyser av produktivitetsutvecklingen inom svensk akutsjukvård omväxlande anlagt dessa två perspektiv, vilket delvis kan förklaras av att det är mycket svårt att konstanthålla personalens nivå av ansträngning och stress i arbetet i de vården som ligger till grund för beräkningar av produktiviteten: Se även Gustafsson 1999b för en kommentar om detta.

<sup>52</sup> Socialdepartementet, Samordningskansliet 1999-11-25, s. 39.

<sup>53</sup> Sandman 1998.

sorgens hjälpinsatser har koncentrerats till dem som bedöms vara i störst behov av hjälp.<sup>54</sup>

#### *Arbetsvillkor i länets öppna äldreomsorg*

Liknande förändringar pågår inom hemtjänsten. Andelen hemtjänstmottagare som är 80 år och äldre ökade från 50% (1990) till 58% (1997). Dessutom ökar kraven på att hemtjänsten och dess personal fungerar dygnet runt. Mellan 1990 och 1997 ökade den andel av hemtjänstens hjälptagare som fick hjälp under kvällar från 16 till 28%, och andelen som fick hjälp under helger ökade från 26 till 38%.<sup>55</sup>

Sammantaget innebär detta att *kommunernas äldreomsorgspersonal befinner sig i en stegvis allt ”tyngre” vårdmiljö*, där hjälptagarna behöver mer fysisk hjälp och där det vardagliga sociala samspelet kan bli svårt att upprätthålla. Kraven på samordning med andra hjälpinsatser och kraven på planering för en verksamhet som fungerar dygnet runt ökar.

1992 kartlade Socialstyrelsen i en rapport om Stockholms läns äldreomsorg stora variationer mellan de 25 kommunerna vad gäller bland annat utgifter för äldreomsorg räknat per invånare som är 65 år och äldre och vad gäller andelen äldre som fick hemhjälp eller bostad i särskilda boendeformer. Man konstaterade också att ...”en låg andel med hemhjälp inte i någon kommun uppvägs av hög andel boende i särskilda boendeformer –i varje fall inte för åldersgruppen 80 år och äldre.”<sup>56</sup> Enligt samma rapport minskade också antalet personer som fick hemhjälp i länet med 19% under perioden 1989–1992. Mot denna bakgrund kommenteras äldreomsorgspersonalens arbetssituation i länet:

*Såväl i enkäten till kommunerna som i intervjuerna redovisas en rad negativa konsekvenser för personalen av besparingarna. Exempel på sådana är mer stress, ökad arbetsmängd, mindre möjligheter för pauser, tuffare arbetstempo. Somliga menar också att det ges mindre utrymme till stöd för personalen bland annat utbildning. Tiden för planering har minskat och det är problem i form av övertalighet och uppsägningar. I flera kommuner i länet har antalet timanställda ökat.*

*En annan negativ konsekvens är brist på vikarier, större frånvaro och mindre tid för personlig kontakt.*

*Det finns även några kommuner som menar att besparingarna haft en del positiva konsekvenser för personalen t.ex. i form av kompetenshöjning och högre yrkesstatus. Mindre rygg/armbelastning genom att vårdbiträdena slipper bära tunga kassar nämns som ytterligare en positiv konsekvens. Någon menar också att besparingarna*

<sup>54</sup> SOU 2000:3, s. 171–173.

<sup>55</sup> SCB 1991, tabell 12 och Socialstyrelsen 1998, tabell 22.

<sup>56</sup> Socialstyrelsen 1994, s. 7.

*inneburit större krav på personalen när det gäller kompetens och uppföljning/dokumentation av insatserna.<sup>57</sup>*

Länsstyrelsen i Stockholms län genomförde som en del i sitt reguljära tillsynsansvar en utökad tillsyn av 24 äldreboenden i länet under sommaren 1998. Även här indikeras att bristande personaltäthet utgör ett problem:

*Det bestående intryck som erhålles efter besök på dessa 24 enheter är att det dominerande problemet är personalbemanningen som i många fall är för låg. Personalen är hängiven sitt arbete men går bokstavligen på 'knäna' [...] Honnörsorden integritet, självbestämmande, valfrihet och flexibilitet mister sin betydelse om personalstyrkan konstant är underdimensionerad.<sup>58</sup>*

Den sammantagna bild som framträder i det föregående – en allt ”snabbare vård” inom landstingets slutna huvudsakligen akutmedicinska vård (men även inom geriatriken där platserna minskats radikalt efter Ädel-reformen) och en ”tyngre” vårdmiljö på dygnet-runt basis inom kommunernas äldreomsorg – detta bidrar till att öka vikten av samverkan mellan landstingets slutenvård och kommunernas omsorg. *I detta arbete har primärvården en central ställning.*

#### *Arbetsvillkor i länets primärvård*

I ett samarbetsprojekt mellan Stockholms stads revisionskontor och Stockholmslandstingets revisorer följdes tidigare rapporterade brister upp, genom att man under 1998 beställde två studier av samverkan i den öppna vården av äldre. De problem som rapporteras ur hjälptagarnas perspektiv sammanfattas på bland annat följande sätt...”brukarundersökningen visar en dyster bild, som ger mycket att önska vad gäller samverkan och kvalitet i primärvårdens och hemtjänstens insatser för de äldre i ordinärt boende. Det saknas en helhetssyn på dessa multisjuka äldres behov av hjälp och stöd. Ingen tar idag ansvar för helheten i vård och omsorgsinsatsen.”<sup>59</sup> I en något senare publicerad rapport följs problematiken upp genom en redovisning av bland annat 10 gruppintervjuer med personal inom geriatriken:

*Personalen upplever också sin arbetssituation som mycket pressad idag, med alltför mycket vårdkrävande patienter och tilltagande personalbrist. Många känner sig på bristningsgränsen i sitt arbete. Det som frestar på mest är ansvaret för patienterna och att inte göra fel i*

<sup>57</sup> Socialstyrelsen 1994, s. 27.

<sup>58</sup> Länsstyrelsen i Stockholms län 1998, s 17 enligt Szebehely 2000.

<sup>59</sup> Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1999a, s. 6.

*stressen i arbetet samt de alltmer utökade kringuppgifterna i arbetet, liksom att se att många patienter far illa efter utskrivningen från geriatriken.<sup>60</sup>*

När Socialstyrelsen 1968 presenterade ett på sin tid viktigt principprogram för den öppna vården poängterades det som länge diskuterats i svensk vårdpolitik, nämligen att utredning och behandling, som tidigare gjorts inom den slutna vården, i större utsträckning kunde och borde ske i öppna vårdformer. Detta bör ses mot bakgrunden av att svensk hälso- och sjukvård i en internationellt jämförelse länge haft en tonvikt på slutna sjukhusvård. Motiven för den planerade utbyggnaden av öppenvården var både ekonomiska och hade en bakgrund i ambitioner att minska fragmenteringen av vårdinsatserna. Under 1980-talet förstärktes dessa ambitioner. Satsningen på arbete i vårdlag och försök att skapa en primärvård med ett samlat områdesansvar för befolkningen var en del i detta, men där fanns också ambitioner att förstärka det förebyggande arbetet. Under 1990-talet har dock primärvården varit föremål för stora förändringar utifrån delvis andra premisser. Dessa har sin rot i både det förhållande att den planerade utbyggnaden av primärvården gick trögt, men också i tanken att ökad kontinuitet bäst kan gynnas genom husläkare och att etablerande av privata specialistläkare bör uppmuntras. Den tidigare betoningen på vårdcentraler uppbyggda kring vårdlag i offentlig regi, ersattes av nya idéer om marknadsorienterad ekonomistyrning, konkurrens, produktivitetshöjning och offentligt finansierad privat drift.<sup>61</sup> Här bör dock nämnas att primärvårdens områdesansvar 1996 återkom som en övergripande vårdpolitisk ambition för Stockholmslandstingets del.

Socialstyrelsen bedömde 1997 effekterna av husläkarreformen för länets primärvård på följande sätt:

*...Ett allmänt intryck är att SLL lyckades införa husläkarsystemet med mindre problem än i många andra landsting. Dessa förändringar har medfört en icke oväsentlig administrativ belastning, vilket också hunnit att skapa en viss osäkerhet inom primärvården om inriktning och ambitioner. De brister som eventuellt kan påtalas bör därför ses delvis mot bakgrund av det inte obetydliga administrativa merarbete som husläkarreformen medfört.<sup>62</sup>*

---

<sup>60</sup> Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1999b, s. 7.

<sup>61</sup> Se Socialstyrelsen 1995c, s. 63 ff. Det bör noteras att landstingsrevisorerna 1996 kommenterar den nya beställarstyrningens effekter på primärvården på följande sätt: "Primärvårdens roll och funktion i beställarprocessen har inte blivit den man från början förutsåg. Detta beror bland annat på husläkarreformen och de ursprungliga tankarna om att i princip all sjukvårdsproduktion skulle upphandlas i konkurrens."...; Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna (1996a), s. 5.

<sup>62</sup> Socialstyrelsen 1997, s. 34.

Stockholmslandstingets bild av primärvårdens situation under senare delen av 1990-talet framgår av en utvärdering som genomförts som en del i det arbete som letts av en parlamentariskt tillsatt grupp med representanter för samtliga partier i landstinget. Man konstaterar (1998) att ...”Primärvårdens personal beskriver mycket entydigt sin arbetsituation som pressad och stressad.” Och vidare i samma rapport:

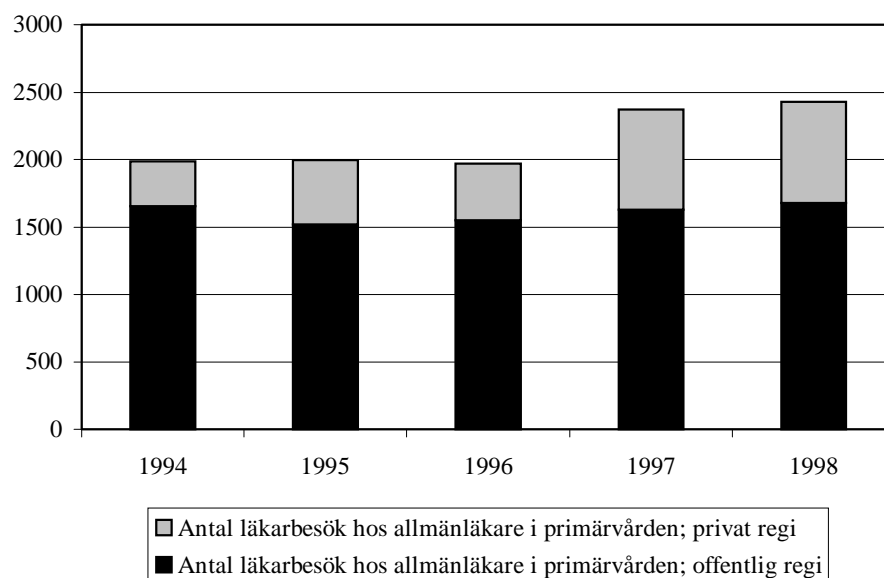
*Husläkarreformen i kombination med ersättningssystemet medförde [...] en förändring i personalstrukturen genom att framförallt antalet mottagningsköterskor och undersköterskor minskade, vilket förändrade det inre arbetet på mottagningarna. [...] Det exakta utfallet och de reella förändringarna är svåra att bedöma eftersom verksamhetsregistreringen inom primärvården är outvecklad, men det är omvittnat att ett nytt styrsystem i hög grad påverkade verksamheten och ökade arbetstempot.<sup>63</sup>*

Figur 2.11 ger en kvantitativ bild av primärvården under senare delen av 1990-talet. Antalet läkarbesök har totalt sett ökats något, vilket huvudsakligen skett i den del av primärvården som bedrivs i privat regi. Denna bild bekräftas av den senaste rapporteringen från det speciella allmänläkarregister som Socialstyrelsen upprättade 1994: Totalt har antalet allmänläkare i Stockholms län ökat något; från 774 (1994) till 815 (1998).<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> Stockholms läns landsting 1999, s. 43.

<sup>64</sup> Socialstyrelsen 1999c, tabell 1. I registret inkluderas allmänläkare i *annan regi* som har vårdavtal (motsvarande) med sjukvårdshuvudman. Dessa läkares mottagningar drivs i t. ex bolagsform, som entreprenad, intraprenad, ekonomisk förening m.m. För Stockholms del utgör dessa 190 (24,5%; 1994), 161 (21,2%; 1996) och 161 (19,8%; 1998) av det totala antalet allmänläkare för respektive år.



Figur 2.11. Stockholms län. Läkarbesök i offentligt finansierad primärvård (1000-tal).

Källor: Landstingsförbundet & Socialstyrelsen (1994–1998) Basårsstatistik 1995–1999. Verksamhet. Sammanställning av värddagar, vårdplatser, läkarbesök m.m. Tabell V 9 och 6 (beroende på år).

Den måttliga ökningen av allmänläkare och läkarbesök i primärvården bör sättas i relation till den kraftiga minskningen av vårdplatser inom landstingets slutna vård och den i stort konstanta volymen platser i äldreomsorgen. Den parlamentariskt sammansatta utredningen inom Stockholmslandstinget hävdar – efter att man diskuterat vissa svårigheter att fastställa läget – att *primärvårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna sannolikt minskade något 1996–1998* (från 13,8% till 13,3% för 1998).<sup>65</sup>

*Således har primärvårdens andel av sjukvårdskostnaderna minskat något under tidsperioden trots att utvecklingsplanen innebar att primärvården skulle åta sig ett större beting av hälso- och sjukvårdsservicen tillbefolkningen. Antalet besök ökade något under samma period [...].*<sup>66</sup>

Ur arbetsmiljösynpunkt indikerar denna kombination – något ökat antal patientbesök, i stort sett konstanta eller minskade ekonomiska resurser samt återkommande omorganiseringar som knutits till olika vårdpolitiska förhoppningar – att personalen hamnar i en pressad situation. Detta har, som vi sett, också framgått av landstingets egen utredning.

<sup>65</sup> Stockholms läns landsting 1999, s. 27–28 (värdet för 1998 är en prognos gjord under augusti 1998).

<sup>66</sup> Stockholms läns landsting 1999a, s. 28.

Avslutningsvis bör här också nämnas att den primärvård som diskuterats i det föregående endast utgör en del av länets samlade resurser för icke-sjukhusansluten öppen vård. De *privatpraktiserande specialistläkarna* utgör en betydande resurs inom den somatiska öppna vården. Enligt den tidigare refererade speciella undersökningen av den landstingsfinansierade privat- och landstingsanställda vårdpersonalen är antalet helårsarbetande privatpraktiserande specialistläkare cirka 730 (exklusive verksamma inom psykiatri), vilket är nästan lika många som de landstingsanställda läkarna inom primärvården (cirka 860 helårsarbeten).<sup>67</sup> Räknas de privata husläkarna in (188 helårsarbeten) utgör således de privata läkarna i öppenvården kvantitativt sett en större vårdresurs, än landstingets primärvård.

En viktig vårdpolitisk iakttagelse – även sett i perspektivet av personalens arbetsmiljö – är den klara snedfördelning som råder inom länet vad gäller läkarresurser inom den öppna vården, speciellt inom den privat drivna: En uppdelning av det totala antalet läkare i länet på dess norra, respektive södra delar, visar att *i norra delen går det 250 invånare i genomsnitt på en helårsarbetande läkare, samtidigt som det går 305 invånare på en läkare i den södra delen*.<sup>68</sup> Om befolkningen i länets norra och södra delar (enligt samma indelning) delas med antalet helårsarbetande privatpraktiker (inklusive privata husläkare) blir skillnaderna ännu mer markerade: I norra delen går det 1 045 innevånare på varje privatpraktiker eller privat husläkare, i södra delen 3 532 innevånare.<sup>69</sup> Tillgången på läkare är således mycket ojämnt fördelad mellan länets norra och södra delar och här är spelar den privata öppna vården en avgörande roll. Ur arbetsmiljösynpunkt innebär detta en risk för större belastning på den landstingsanställda vårdpersonalen i länets södra del, eftersom dessa har att möta vårdbehov som kan förväntas vara högre beroende på den socioekonomiska strukturen, samtidigt som möjligheterna att få ”avlastning och hjälp” från privatläkarkåren i mötet med vårdbehoven är relativt sett mindre.

---

<sup>67</sup> Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1996b, s. 4.

<sup>68</sup> Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1996b, s. 9. I *norra delen* ingår: Nordöstra, Nordvästra, Västra, Centrala Stockholms och Norrtälje sjukvårdsområde, samt Karolinska sjukhuset, Danderyds sjukhus, Löwenströmska, Norrtälje sjukhus och privata husläkare och övriga privatpraktiserande specialistläkare inom angivna sjukvårdsområden. Dessutom resurser vid Sophiahemmet, Röda korsets sjukhus och Närsjukhuset Sabbatsberg. I *södra delen* ingår: Södra, Sydvästra, Sydöstra och Södertälje sjukvårdsområde, samt Huddinge sjukhus, Nacka/Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och privata husläkare och övriga privatpraktiserande specialistläkare inom angivna sjukvårdsområden. Dessutom resurser vid Ersta sjukhus och Salt-sjöbadens sjukhus.

<sup>69</sup> Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna 1996b, bilaga 2 och tabell 1.2.

## Sammanfattning

Den övergripande bilden kan sammanfattas som ett decennium präglad av ”turbulens” för länets vårdpersonal. I likhet med vad som konstaterats på den nationella nivån bör här också nämnas att forskning, som försökt knyta förändringarna till arbetsmiljöutvecklingen, saknas så gott som helt både från Stockholmslandstinget och från kommunerna i länet.<sup>70</sup> Detta har naturligtvis minskat möjligheterna att forskningsmässigt särskilja exempelvis effekterna av konkurrensutsättningen i sig från eventuella effekter av hur olika arbetsgivare hanterar arbetsmiljöfrågorna.

Men även med en god planering av uppföljning, utvärdering och forskning på arbetsmiljöområdet skulle svårigheterna varit betydande. Många olika slags förändringarna har genomförts i ett snabbt tempo. Det förekommer flera samspelande mekanismer och processer: Konkurrensutsättning leder till oro för en del och hopp om nya möjligheter för andra, samtidigt sker nedskärningar som drabbar nästan alla. Dessutom förändras verksamheten mot öppnare vårdformer och detta ställer andra och större krav på samarbete mellan olika vårdgivare (inklusive anhöriga och närstående) och välfungerande vårdkedjor.

Den föregående redovisningen kan i ett arbetsmiljöperspektiv sammanfattas på följande sätt:

- Under 1990-talet har det skett en nettominskning av den totala personalstyrkan av storleksordningen 5–15%. Samtidigt har andelen vårdpersonal i privata aktiebolag ökat kraftigt och uppgår 1999 till cirka 18% inom länet i sin helhet. Tillväxten av privatanställda har varit starkast inom den öppna vården, men kommunernas äldreomsorg följer nu denna trend.
- Möjligen bidrar den ökande entreprenadiseringen inom den öppna vården till ökad arbetsbelastning för motsvarande vårdrkeskategorier inom offentlig vård, eftersom läkarmottagningar i privat drift har en tydlig tendens att lokalisera sig till socioekonomiskt mer välställda områden.
- Nettominskningen av vårdpersonal har koncentrerats till yrkeskategorier med kortare formell utbildning, vilket innebär att andelen högt utbildad personal ökar på sikt. Detta är ur arbetsmiljösynpunkt en svårbedömd utveckling: Å ena sidan ökar kompetensnivån – å andra sidan kvarstår och kanske t.o.m. ökar det vårdarbete som är förknippat med tunga lyft och stora inslag av praktiska sysslor. En alltför snäv inriktning mot traditionell (”sjukhusorienterad”) akutmedicinsk kompetens kan leda till att högt utbildade upplever sig ”överkvalificerade” – och att arbetstillfredsställelsen därmed minskar – inom de delar av vården

---

<sup>70</sup> Gustafsson 1999a, s. 56–62, Charpentier & Samuelsson 1999 och Wallenberg 2000.



där vardagligt socialt och psykologiskt stöd och praktiskt arbete med tunga lyft, skötsel av hygien och liknande utgör väsentliga inslag.

- Stockholmsmodellens införande har i kombination med nedskärning av antalet vårdplatser i akutmedicinsk vård sannolikt medfört att produktionens hastighet ökat i landstingets akutsjukvård.
- Personalen inom kommunernas omsorg möter samtidigt vårdbehov av fysiskt, psykiskt och socialt sett allt ”tyngre karaktär”, eftersom andelen mycket gamla hjälptagare inom hemtjänsten och särskilt boende ökar.
- Kommunernas och landstingets vårdverksamhet ställer allt större krav på en välfungerande primärvård, som har att möta allt fler vård- och hjälptagare och att delta i samordningen av vårdinsatserna. Samtidigt har dock primärvårdens personal utsatts för motstridiga omorganiseringar och personalstyrkan hållits i stort oförändrad. Etableringen av privata aktörer har främst skett där vårdbehoven sannolikt är lägst.
- Många tecken tyder på att det dagliga vårdarbetet ställer allt större krav på samarbete mellan olika personalkategorier, vårdenheter och huvudmän. Den ”snabbare vården” på den akutmedicinska sidan kräver bättre vårdkedjor för att verksamheten skall fungera. Här finns en risk för ett nytt slags arbetsmiljöproblem som preliminärt kan benämnas logistik-relaterad stress: Oro för väntetider och koordinationsproblem, samarbetsproblem i relation till andra vårdenheter och i förhållande till stödfunktioner av olika slag, samt relationer till andra huvudmän och till personal med arbetsgivare som har olika prioriteringar. Dessa problem är sannolikt svåra att mäta och beskriva med instrument som främst relaterar sig till den enskilda arbetsplatsen och dess interna förhållanden.
- Flera omorganiseringar av ledningsfunktionerna har genomförts på hög och mellanhög nivå inom både landstinget och kommunerna. Planerings- och styrningsfunktionerna riskerar därmed att bli otydliga för stora delar av personalen. Rapporter om ett bristande förtroende för den högsta ledningen förekommer.
- En ryckighet i den övergripande personalplaneringen kan iakttas. Stockholmslandstinget aviserade en omfattande personalminskning genom utvecklingsplanen, samtidigt som en sysselsättningsgaranti presenterades. Mot 1990-talets slut uttalar samma landsting en stor oro för ett förväntat bemannings- och rekryteringsproblem.<sup>71</sup> Både Stockholmslandstinget och Stockholms stad har genomfört omfattande omorganiseringar, som medfört ”flyttkaruseller” för den egna personalen.

---

<sup>71</sup> Stockholms läns landsting, Produktionsnämndens stab & Hälso- och sjukvårdsnämndens stab 1999.

- Nya möjligheter kan också skönjas för personalen: Det nu uppmärksammade rekryteringsbehovet i kombination med ett växande antal privata arbetsgivare är kanske det främsta exemplet på detta. Det finns dock tecken på en ökad skiktning av arbetsmarknaden för länets vårdpersonal.

## Referenser

- Blomgren, M. (1999) Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning. Uppsala universitet: Företagsekonomiska institutionen, doctoral thesis no 78.
- Charpentier, C. & Samuelson, L.A. (1999) Effekter av en sjukvårdsreform –En analys av Stockholmsmodellen. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag.
- Diderichsen, F. (1997) ”hälsoeffekter av den ekonomiska krisen – några möjliga mekanismer” Statistiska centralbyrån, Välfärd och ojämlikhet i ett 20-årsperspektiv 1975–1995. Stockholm: Sveriges officiella statistik, Levnadsförhållanden rapport nr 91.
- ESO (1995) Vad blev det av de enskilda alternativen? – En kartläggning av verksamhet inom skolan, vården och omsorgen. Finansdepartementet, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds 1995:25.
- Fridolf, M (1996) ”Konkurrensutsättning inom äldreomsorgen i Stockholms stad”, SOU 1996:169, bilaga 4 till Slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén.
- Granqvist, R. (2000) ”Ekonomiskt tänkande och vården under 1990-talet”, Szebehely, M (red.) Välfärd, vård och omsorg, SOU 2000:38.
- Gustafsson, R.Å. (1999a) ”Den nya ekonomistyrningen och arbetsmiljön”, SOU 1999: 66, bilaga 1; De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården. Vad händer med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?
- Gustafsson, R.Å. (1999b) ”Sju år med ekonomer i vården –Vad kan vi lära?”, Sociologisk Forskning, nr 1, 1999.
- Gustafsson, R.Å. (2000) Välfärdstjänstearbetet –Dragkampen mellan offentligt och privat i ett historie-sociologiskt perspektiv. Göteborg: Daidalos.
- Hallgren, T. & Hilborn, I. & Sandström, L (1997). Kommunala driftentreprenader Konkurrensutsättning inom äldre- och handikappomsorg, sola, fritid och kultur. Stockholm: Svensk kommunförbundet och Kommentus förlag.
- Ham, C. (1997) ”The background”, Ham, C. (ed) Health care reform – Learning from international experience. Buckingham: Open University Press.
- Högberg, O. (1999) Genomförandet av stadsdelsnämndsreformen i Stockholms stad 1995–1996. Stockholms universitet, företagsekonomiska institutionen: IKE rapport 1999:83.
- Jonsson, E. (1994) Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna? En jämförande utvärdering. Stockholms universitet: Institutet för kommunal ekonomi, IKE 1994:48.
- Jonsson, E.(1995) Genomförandet av Stockholms stads konkurrensprogram. En granskning av konkurrensgruppens verksamhet. Stockholms universitet: Företagsekonomiska institutionen, IKE rapport 1995:54.
- Kommunförbundet (1992 – 1998) Kommunal personal 1991 –1997. Stockholm: Svenska kommunförbundet och kommentus förlag 1992–1998.

- Kommunförbundet (1999) *Konkurrens för fortsatt välfärd? – om förekomst, omfattning och erfarenheter av konkurrensutsättning och alternativa driftsformer*. Stockholm: Kommentus förlag.
- Laius, G. (1997) "Låt oss vara med" Slutrapport. Uppföljning av utvecklingsplanen – Personalens arbetssituation. Stockholm: Gunilla Laius Arbetsplatsutvecklings AB.
- Landstingsförbundet & Socialstyrelsen (1991) LKELP 1991. Basårsstatistik 1990. Verksamhet & personal. Sammanställning av vårddagar, vårdplatser, läkarbesök årsarbetare m.m.
- Landstingsförbundet & Socialstyrelsen (1992) LKELP 1992. Basårsstatistik 1991. Verksamhet & personal. Sammanställning av vårddagar, vårdplatser, läkarbesök årsarbetare m.m.
- Landstingsförbundet & Socialstyrelsen (1993 – 1998) Basårsstatistik 1992 – 1997. Verksamhet & personal. Sammanställning av vårddagar, vårdplatser, läkarbesök årsarbetare m.m.
- Landstingsförbundet (1991/92 – 1999) Statistisk årsbok för landsting 1991–1999.
- Landstingsförbundet (1992 – 1998) Landstingsanställd personal 1991–1997. Stockholm landstingsförbundet 1992–1998.
- Landstingsförbundet (1995a) Offentligt finansierad privat öppen vård 1994. Omfattning & inriktning. Sammanställning av statistikuppgifter avseende antal vårdgivare och besök samt utbetalda ersättningar till läkare och sjukgymnaster.
- Landstingsförbundet (1996a) Offentligt finansierad privat öppen vård 1995. Omfattning & inriktning. Sammanställning av statistikuppgifter avseende antal vårdgivare och besök samt utbetalda ersättningar till läkare och sjukgymnaster.
- Landstingsförbundet (1997a) Offentligt finansierad privat öppen vård 1996. Omfattning & inriktning. Sammanställning av statistikuppgifter avseende antal vårdgivare och besök samt utbetalda ersättningar till läkare och sjukgymnaster.
- Landstingsförbundet (1998b) Offentligt finansierad privat öppen vård 1997. Omfattning & inriktning. Sammanställning av statistikuppgifter avseende antal vårdgivare och besök samt utbetalda ersättningar till läkare och sjukgymnaster.
- Landstingsförbundet (1999) Offentligt finansierad privat öppen vård 1998. Omfattning & inriktning. Sammanställning av statistikuppgifter avseende antal vårdgivare och besök samt utbetalda ersättningar till läkare och sjukgymnaster.
- Light, D. W. (1997) "From managed competition to managed cooperation: Theory and lessons from the British experience", *Milbank Quarterly*, vol 75, no 3.
- Riksrevisionsverket (1996) *Statens tillsyn över hälso- och sjukvård – En effektivitetsrevision*.
- Robinson, R. (1994) "Introduction", Robinson, R. & Le Grand, J. (ed) *Evaluating the NHS reforms*. London: Kings Fund Institute.
- Sahlin-Andersson, K (1998) "Mötesplatser för standardiserare", Brunsson, N & Jacobsson, B. (red) *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santéus förlag.
- Saltman, R. (1994) "A conceptual overview of recent health care reforms", *European Journal of Public Health*, vol 4, no 4.
- Sandman, P. O (1998) "Att vårda dementa" *Äldreomsorgens vardag – En konferens i Göteborg 21–22 april 1998*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet & Centralförbundet för socialt arbete & Kommunförbundet & Socialstyrelsen.

- SCB (1991) Social hemhjälp och hemsjukvård den 31 december 1990 samt social hemhjälp november 1990. Stockholm: Statistiska centralbyrån S 21 SM 9101.
- SCB (1999) SCB:s företagsregister 2000. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Socialdepartementet, Samordningskansliet (1999-02-01) Välfärdsfakta social –Sammanställning av fakta/nyckeltal inom välfärdsområde (stencil).
- Socialdepartementet, Samordningskansliet (1999-11-25) Välfärdsfakta social –Sammanställning av fakta/nyckeltal inom välfärdsområde (stencil).
- Socialstyrelsen (1994) Äldreomsorg i besparingstider. Aktiv uppföljning i Stockholms län, Huvudrapport.
- Socialstyrelsen (1995a) Den planerade marknaden – Om styrformer i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7.
- Socialstyrelsen (1995b) Socialtjänsten och de nya styrsystemen. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:1.
- Socialstyrelsen (1995c) Sjukvården i Sverige 1995. En rapport om förhållanden inom hälso- och sjukvården. Stockholm: SoS-rapport 1995:25.
- Socialstyrelsen (1997) Aktiv uppföljning i Stockholms län 1994. Hur gick det sen?
- Socialstyrelsen (1998) Vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, Statistik socialtjänst 1998:7.
- Socialstyrelsen (1999a) Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1999. Stockholm: Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvård 1999:1.
- Socialstyrelsen (1999b) Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen. Äldreuppdraget 99:6.
- Socialstyrelsen (1999c) Allmänläkare i primärvården. Antal per huvudman och driftsform, ålders- och könsfördelning, rörlighet, utbildning, organisation. Statistik baserad på Socialstyrelsens allmänläkarregister 1994–1998. Medeländeblad nr 11/99 April 1999.
- Socialstyrelsen (2000) Nytt från socialstyrelsen, nr 13, 27 mars, 2000.
- Socialstyrelsen & Stockholms läns landsting & Göteborgs universitet (2000) Strukturplanen –vad ledde den till? Metoder, resultat och slutsatser från uppföljningen av 1996 års plan för hälso- och sjukvården i Stockholms län. Stockholm: Socialstyrelsens kundtjänst.
- SOU 1996: 91 Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer. – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster.
- SOU 1996:169. Konkurrensutsättningen i Stockholms stad. Bilaga IV till slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén.
- SOU 1999:66 Den nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården –Vad händer med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? Bilaga 1 till slutbetänkande av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation.
- SOU 2000:3 Välfärd vid vägskäl. Utvecklingen under 1990-talet. Delbetänkande från kommittén välfärdsbokslut.
- Stockholm läns landsting (1999) Hur mår primärvården i Stockholms län? –Parlamentarisk utvärdering av primärvården 1998. Hälso- och sjukvårdsnämndens koncernledning, Rapport 1/1999.
- Stockholm läns landsting, landstingsrevisorerna (1995) Omställning och avveckling av personal inom sjukvården 1994. Rapport nr 4/95.

- Stockholm läns landsting, landstingsrevisorerna (1996a) Beställarstyrningen i Stockholmsmodellen. Revisionsrapport nr 20/96, mars 1996.
- Stockholm läns landsting, landstingsrevisorerna (1996b) Personal inom den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården. Revisionsrapport nr 23/96, juni 1996.
- Stockholm läns landsting, landstingsrevisorerna (1996c) Omställning och avveckling av personal i hälso- och sjukvården 1995. Rapport nr 11/96.
- Stockholm läns landsting, landstingsrevisorerna (1998) Uppföljning av utvecklingsplanen etapp I. Revisionsrapport nr 13/98.
- Stockholm läns landsting, landstingsrevisorerna (1999a) ”Tänk om någon såg helheten – Samverkan i vård och omsorg om äldre i ordinärt boende i Stockholms stad. Revisionsrapport nr 9/99, april 1999.
- Stockholm läns landsting, landstingsrevisorerna (1999b) Geriatriska vårdens utveckling efter Ädelreformen. Revisionsrapport nr 13/99.
- Stockholms läns landsting, HSN-staben (1995a) Från prisstyrning till avtalsstyrning. Förslag till vidareutveckling av den ekonomiska styrmodellen inom sjukvården. Rapport från OASEN-gruppen.
- Stockholms läns landsting, HSN-staben (1995b) Sysselsättningsgaranti. Stockholm: HSN-staben/omställningskansliet, broschyr nr 3.
- Stockholms läns landsting, Produktionsnämnden (1999) Personalbokslut 1999. Stencil.
- Stockholms läns landsting, Produktionsnämndens stab & Hälso- och sjukvårdsnämndens stab (1999) Personalsituation och behovsbedömning inom hälso- och sjukvården.
- Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret (1994) Årsstatistik 1994 för Stockholms län och landsting. Stockholm: Inregia AB på uppdrag av Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret.
- Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret (1995) Årsstatistik 1995 för Stockholms län och landsting. Stockholm: Inregia AB på uppdrag av Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret.
- Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret (1996) Årsstatistik 1996 för Stockholms län och landsting. Stockholm: Inregia AB på uppdrag av Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret.
- Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret (1997) Årsstatistik 1997 för Stockholms län och landsting. Stockholm: Inregia AB på uppdrag av Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret.
- Svenska arbetsgivareföreningen (1994) Privatiseringen av Sabbatsberg och S:t Görän – Historien om ambitioner och missade möjligheter. Stencil.
- Szebehely, M. (2000) ”Äldreomsorg i förändring –knappare resurser och nya organisationsformer”, Szebehely, M (red.) Välfärd, vård och omsorg, SOU 2000:38.
- Törnqvist, H. (1999) ”Nya ekonomiska styrformer. –Bakgrund, utformning och effekter”, SOU 1999: 66, bilaga 1; De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården. Vad händer med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?
- Wallenberg, J. (2000) Konkurrens, bolagisering och ändrat huvudmannaskap inom sjukvården. Konsekvenser för personalen. Vad säger forskningen? Stockholms universitet: Företagsekonomiska institutionen: IKE rapport 2000:92.
- Wessen, A.F. (1999) ”The comparative study of health care reforms”, Powell, F.D. & Wessen, A. F. (ed) Health care systems in transition. An international perspective. London: Sage.

Whitehead, M & Gustafsson R Å & Diderichsen, F (1997) "Why is Sweden rethinking its NHS style reforms?", *British Medical Journal* 1997, vol 315, 11 October.

# Jämförelse mellan arbetsmiljöer i landsting med olika styrmodeller

*Inga-Lill Petterson*

Effekter på arbetsmiljö och personalhälsa av de stora förändringar, som skett i vårdens organisation och styrning under 90-talet har varit svåra att utvärdera. Förändringstakten har varit hög, basmätning har saknats och förändringarna har sett olika ut i olika landsting. Vid sidan de nya reformerna på nationell nivå, har förändringar av organisation och styrformer varierat mellan landsting. Stockholm, Örebro, Bohus och Dalalandstinget, var föregångare för de nya styrformerna med beställar-utförarmodeller (BUM), prestationsersatt sjukvård och konkurrens. Andra landsting har behållit mera traditionella styrformer. Vissa förändringar har skett under senare delen av 90-talet i Dalarna och Bohus medan framför allt Stockholms läns landsting fortsatt utveckla beställar-utförarmodellen.

I en ofta citerad studie (Jonsson, 1994) undersöktes olika styrformers betydelse för vårdens produktivitet. Stockholm jämfördes med en grupp av 14 landsting inklusive Malmö stad som behållit mera traditionella styrformer. Stockholms läns landsting är det landsting som gått längst med de nya styrformerna även om Stockholmsmodellen vid mättillfället inte var helt genomförd. I studien påvisades 13,5% högre produktivitet av somatisk korttidsvård i Stockholms läns landsting jämfört med traditionellt styrda landsting fram till 1994. Senare har man visat att produktionsökningen 1992–93 har följts av en återgång i produktiviteten 1994–96 till nivån vid 90-talets början.

Inför slutbetänkandet från HSU 2000 gjordes en studie med samma uppläggning, baserad på SCB:s arbetsmiljöundersökningar 1989–97, för att undersöka olika styrformers effekter på vårdarbetsmiljö och personalens arbetshälsa (Gustafsson & Petterson, 1999). Vårdpersonal i Stockholm jämfördes med personal i en grupp av 13 landsting (exkl. Malmö stad) med mera traditionella styrformer. Resultatet visade effekter på vårdpersonalens inflytande. I detta kapitel vidareutvecklas analyserna för vissa yrken. Trenden går att följa fram till 1997, dvs. några år längre än i Jonssons studie.

SCB har genomfört arbetsmiljöundersökningar vartannat år sedan 1989 på ett urval av den sysselsatta befolkningen. Bortfallet uppskattats till högst 25%. Trenden för valda arbetsmiljöfrågor kan följas över fem mättillfällen, 1989–1997. Urvalets storlek i olika grupper framgår av tabellen. Vid jämförelser mellan yrkesgrupper måste hänsyn tas till att läkargruppen i Stockholms läns landsting är liten. Yrkesgrupper, som ingår i totala urvalen är läkare, sjukvårdsföreståndare, sjuksköterskor, barn-

morskor, medicinsk-tekniska assistenter, skötare inom psykiatrisk vård, undersköterskor, sjukvårdsbiträden, övriga med hälso- och sjukvårdsarbete, sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt övriga med rörelse och arbetsterapiarbete.

Tabell 3.a. Urval i olika undersökningsgrupper vid respektive mättillfälle 1989–1997.

Urval/år	1989	1991	1993	1995	1997
Vårdpersonal SLL	100	190	157	168	207
Läkare	12	19	15	17	24
Ssk	27	45	43	52	46
Usk	37	85	56	61	84
Övriga yrken Sthlm	1 747	2 870	2 324	2 508	2 346
Vårdpersonal trad.landsting	228	409	389	440	487
Läkare	15	29	25	31	36
Ssk	57	96	108	108	105
Usk	107	197	176	219	260
Övriga yrken, trad landsting	3 578	5 265	4 583	4 599	3 874

Med traditionella landsting menas 13 landsting som haft anslagsfinansiering och traditionell styrning av vården och som enligt Jonsson studie under 1986–93 inte infört eller beslutat införa köp-säljssystem (Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Halland, Älvsborg, Skaraborg, Värmland, Västmanland, Västernorrland, Jämtland, Norrbotten, Gotland). Efter 1993 har mindre förändringar införts i Älvsborgs, Skaraborgs och Värmlands läns landsting. Malmö stad utgår ur studien då styrförändringar skett senare under 90-talet. Från 1998 ingår Malmö i Skåne-regionen och Älvsborg och Skaraborg i Västra Götalandsregionen.

## Arbetsbördan i landsting med olika styrmodeller

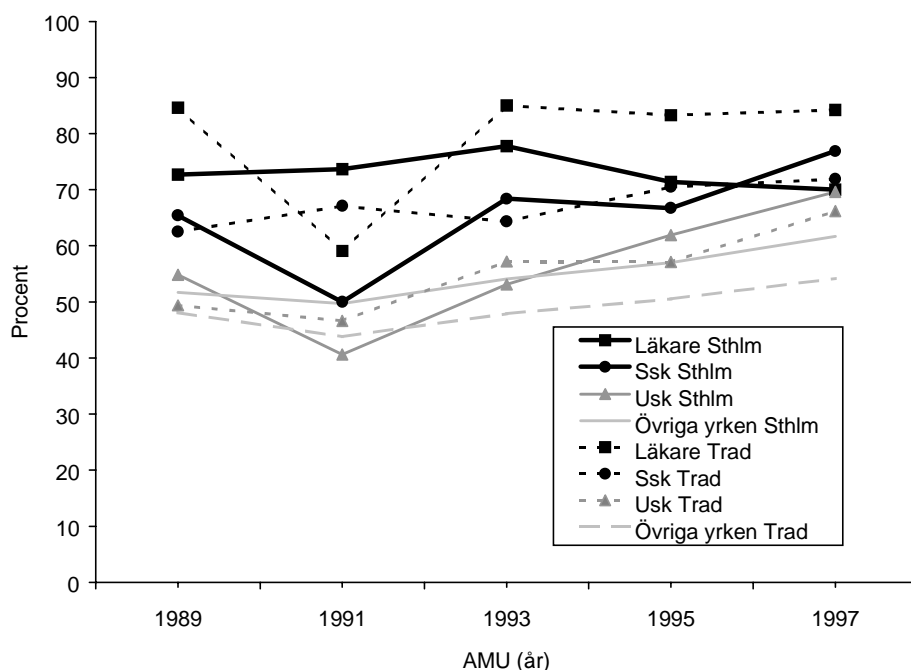
Arbetsbördan har varit tung under hela 90-talet och ökat mer för vårdpersonal än för andra yrkesgrupper. I vilken mån arbetsbördan kan knytas till ändrade organisations- och styrformer är svårt att utvärdera då det samtidigt funnits ett generellt syfte att effektivisera vården, som lett till besparingar och personalnedskärningar i de flesta landsting oberoende av styrform.

Var fjärde till var femte vårdanställd har under 90-talet arbetat under hot om permittering, ett hot som upplevts större för vårdanställda än för övriga yrken. Efter en topp 1993 har permitteringshotet så gott som försvunnit för läkare och sjuksköterskor medan hotet legat konstant högt för undersköterskor sedan 1993 och snarast ökat ytterligare från 1995 till



1997. Skillnaderna mellan Stockholmslandstinget och traditionellt styrda landsting är små.

Arbetstakten har ökat kraftigt för alla yrken men är sedan 1995 högre inom vårdsektorn. 1997 uppgav 70–80% i de olika vårdyrkena ökad arbetstakt de senaste fem åren. Arbetsbelastningen har totalt sett ökat på ett likartat sätt i Stockholmslandstinget och i den traditionella landstingsgruppen. Alltfler under 90-talet har ansett sig ha alldeles för mycket att göra. Av figur 3.1 framgår att skillnaden i detta avseende mellan läkare, sjuksköterskor och undersköterskor över tid har utjämnats, vilket beror på att fler sjuksköterskor och undersköterskor ökat sin arbetsbörda. Trenden är densamma men nivån betydligt lägre för yrken utanför vårdsektorn.

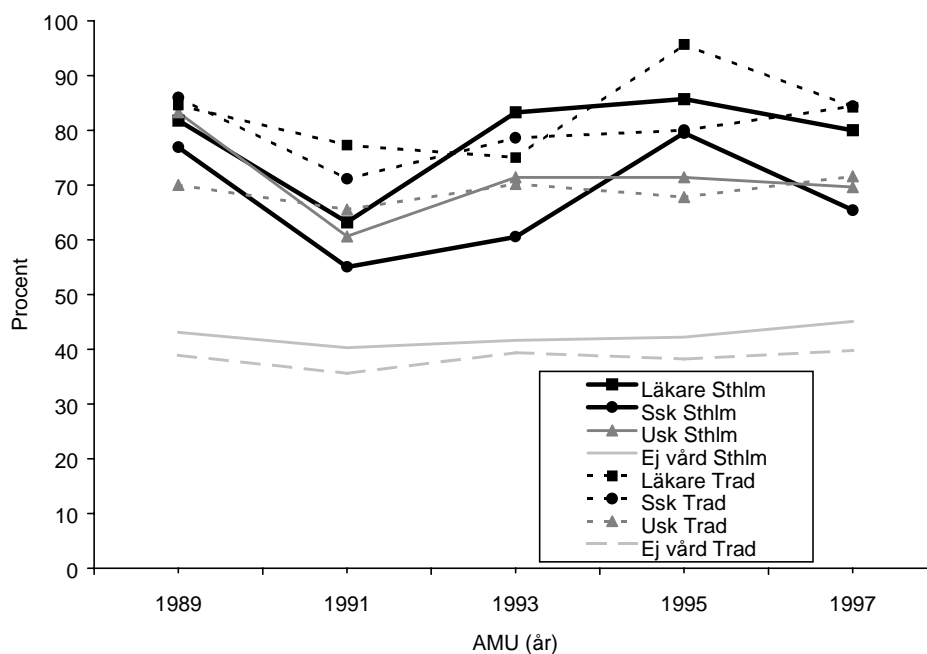


Figur 3.1. Alldeles för mycket att göra (instämmer helt/delvis). Trenden för olika yrken i SLL och traditionellt styrda landsting samt jämfört med övriga yrken.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Undersköterskor uppger kontinuerligt ökande arbetsbelastning sedan 1991 i båda landstingsmodellerna men med en något brantare utveckling i Stockholm. Det är oberoende av landstingsmodell vanligare i läkargruppen och i viss mån sjuksköterskegruppen att man på grund av arbetsbörda måste hoppa över lunchen, arbeta över eller ta med jobb hem varje vecka. Att psykisk påfrestning är betydligt högre bland vårdanställda än i övriga yrken är inte nytt. Nära dubbelt så stor andel vårdpersonal som övriga yrken har kontinuerligt ett psykiskt belastande arbete. Den psykiska påfrestningen har dessutom kontinuerligt ökat hela 90-talet. Såväl lä-

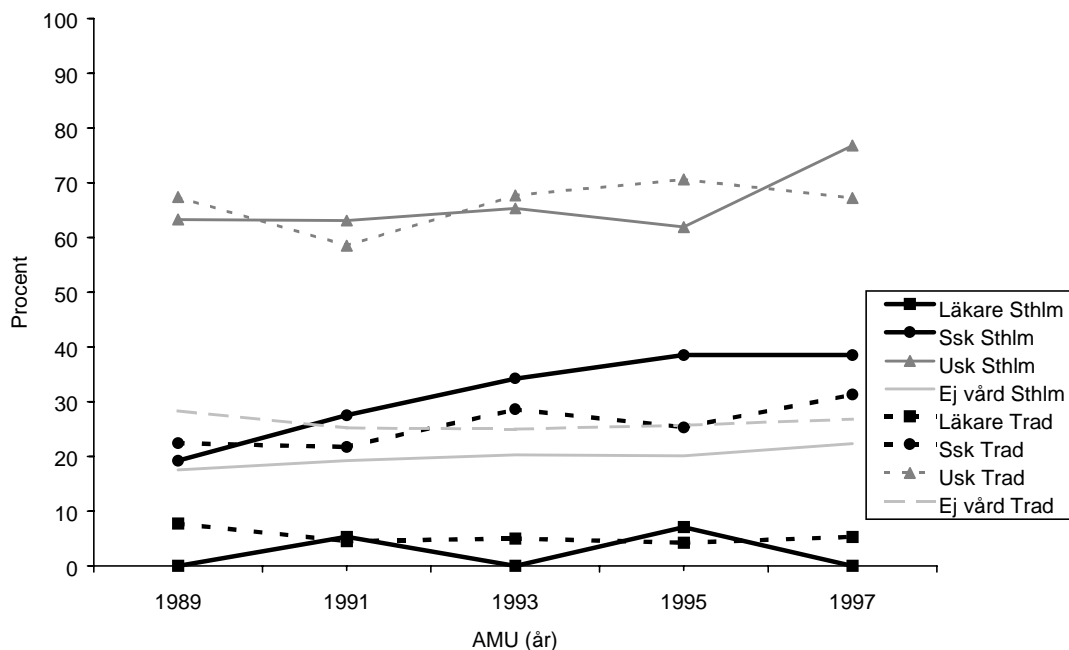
kare, sjuksköterskor som undersköterskor uppger högre påfrestning än andra yrken.



Figur 3.2. Psykiskt påfrestande arbete (instämmer helt/delvis). Trenden för olika yrken i SLL och traditionellt styrda landsting samt jämfört med övriga yrken.

Källa: SCB:s arbetsmiljöundersökningar.

Om den psykiska påfrestningen är bunden till vårdarbete, är det fysiskt tunga arbetet yrkesbundet, oberoende av landstingsmodell. Framför allt undersköterskor har betydligt mera av fysiskt tungt arbete än andra yrken i och utanför vården. Mönstret gäller i både Stockholmslandstinget och i traditionellt styrda landsting. Medan läkare i båda landstingsmodellerna uppger den högsta psykiska påfrestningen och knappast någon fysisk påfrestning alls, uppger undersköterskorna den högsta fysiska påfrestningen. Kontinuerligt under 90-talet uppger cirka 65–75% av undersköterskorna ett påfrestande tungt arbete.



Figur 3.3. Påfrestande tungt arbete (instämmer helt/delvis). Trenden för olika yrken i SLL och traditionellt styrda landsting samt jämfört med övriga yrken.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

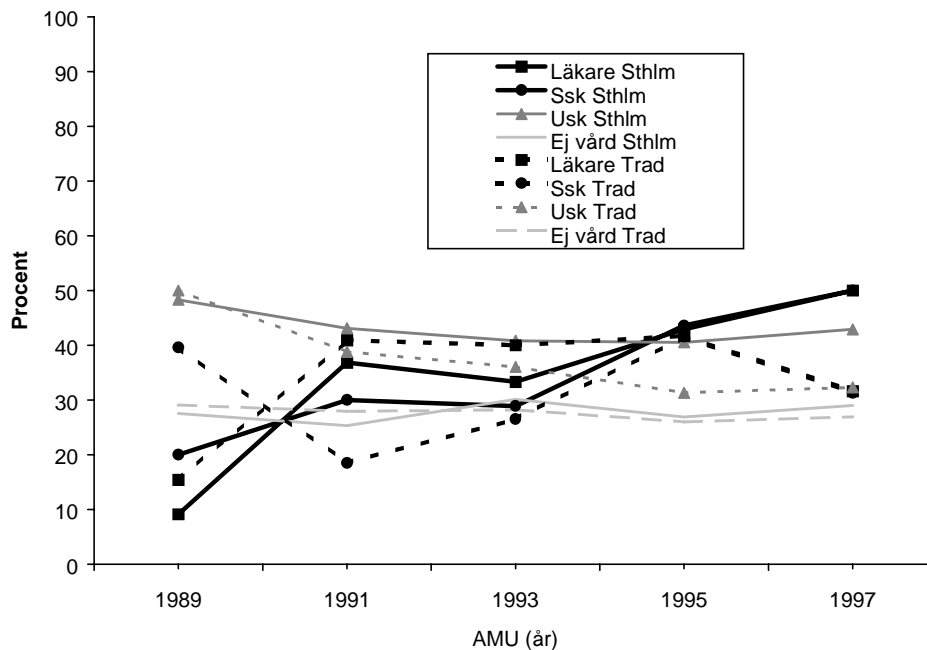
I avsnittet har konstaterats att landstingens styrformer inte har haft betydelse för hur vårdpersonalen upplevt permitteringshot och arbetsbörda. Arbetsbörda och arbetstakt har också haft en liknande utveckling i både Stockholm och de mera traditionellt styrda landstingen. I följande avsnitt redovisas i vilken utsträckning personalen i de olika landstingsmodellerna haft förutsättningar att balansera den ökande arbetsbördan med resurser i form av inflytande och kontroll, utvecklingsmöjligheter och chefsstöd.

## Personalresurser i landsting med olika styrmodeller

### *Kontroll och inflytande*

Bristen på inflytande har varit mera påtaglig för vårdpersonal än för övriga yrken under hela 90-talet. Utvecklingen av inflytande och kontroll har vidare varit sämre för vårdpersonal i Stockholm än för vårdpersonal i traditionellt styrda landsting. Stockholms vårdpersonal anger ett successivt minskande inflytande. Den negativa trenden har varit likartad för läkare och sjuksköterskor under 90-talet medan undersköterskor haft en kontinuerligt brist i inflytandet. Från 1995 är bristande inflytande mera markant för läkare och sjuksköterskor. Hälften av läkare och sjuksköters-

kor i Stockholms läns landsting anger för lite inflytande jämfört med traditionellt styrda landsting.

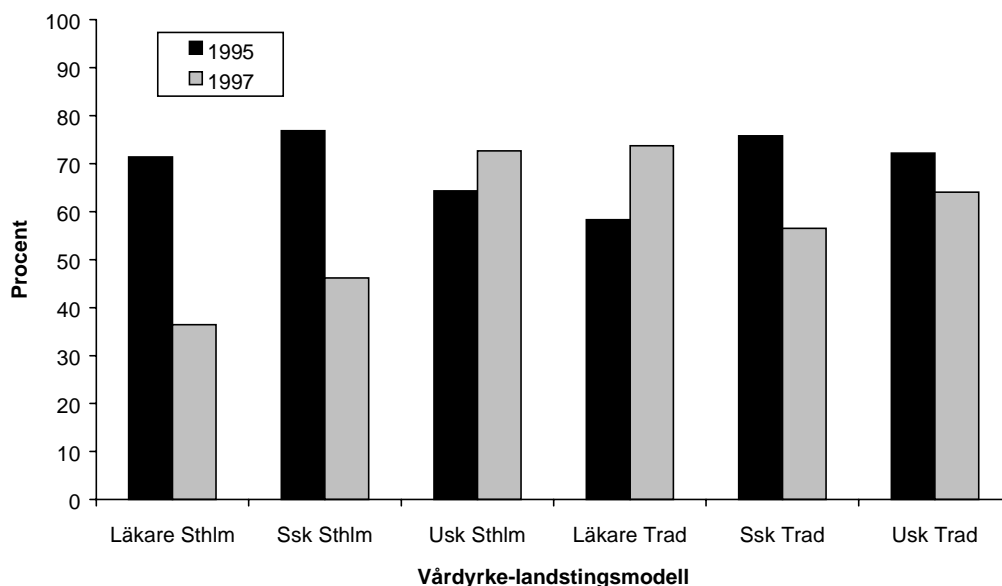


Figur 3.4. För lite inflytande (instämmer helt/delvis). Trenden för olika yrken i SLL och traditionellt styrda landsting samt jämfört med övriga yrken.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Samma trend visar sig i frågan om man bedömer sitt arbete som fritt och obundet. Vårdens personal har i lägre grad än yrken utanför vårdsektorn ett obundet och fritt arbete. Trenden för Stockholms vårdpersonal under 90-talet har varit att allt färre upplever sitt arbete som obundet och fritt medan personal i traditionell vård kontinuerligt upplevt ett mera obundet och fritt arbete utan större förändring under 90-talet. 1997 anger fler i traditionellt styrda landsting bland såväl läkare som sjuksköterskor och undersköterskor ett mera obundet och fritt arbete.

På frågan om man är med och beslutar om uppläggningsen av sitt arbete, ser man samma trend i svaren. Fram till 1993 uppger fler i Stockholms läns landsting att man deltar i beslut om sitt arbete. Den stora skillnaden mellan landstingsmodeller visar sig 1995–97, där läkare och sjuksköterskor i Stockholm upplever en dramatisk försämring vad gäller medverkan i beslut.



Figur 3.5. Är med och beslutar om uppläggningsen av arbetet (alltid/för det mesta). Förändring 1995–97 över yrken i olika landstingsmodeller.

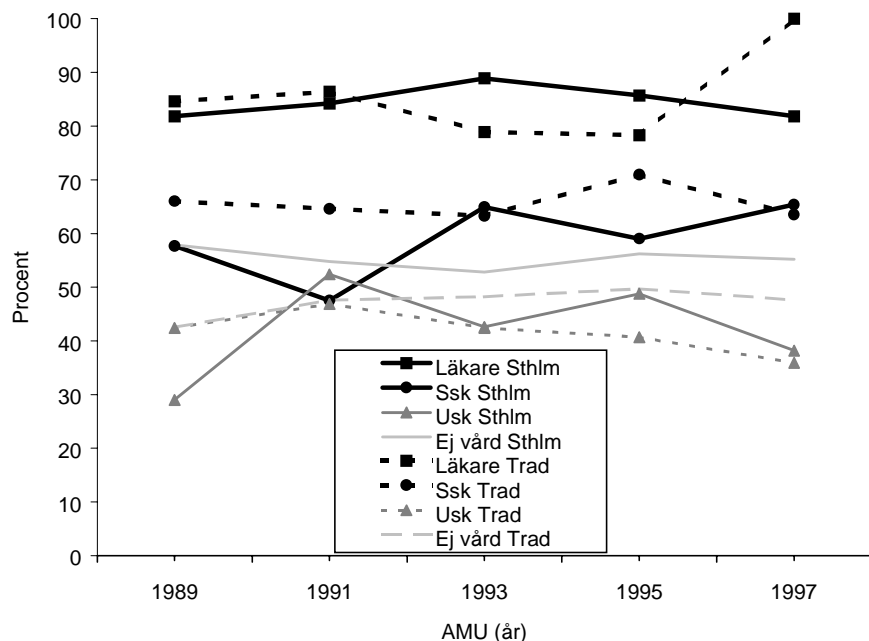
Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Vad gäller kontroll och inflytande pekar alltså resultatet på en sämre utveckling för personal i Stockholms läns landsting jämfört med personal i gruppen traditionellt styrda landsting och särskilt för läkare och sjuksköterskor.

#### *Utvecklingsmöjligheter*

Möjligheten till utveckling i arbetet speglas i två frågor, möjligheten att lära nytt och utvecklas minst en dag i veckan samt i vilken mån man anser sig ha ett omväxlande arbete. Inga stora skillnader kan påvisas mellan vårdpersonal i olika landstingsmodeller och inte heller mellan vårdpersonal och yrken utanför vårdsektorn.

Trots stora satsningar på kompetensutveckling, har personalen inom landstingen inte upplevt några stora förändringar. Den bild man ser är i stället kontinuerligt stora skillnader i utvecklingsmöjligheter mellan läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Bilden är densamma i både Stockholms läns landsting och i traditionellt styrda landsting. För läkare och sjuksköterskor har utvecklingsmöjligheterna varit större än för yrken utanför vården medan undersköterskor oberoende av landstingsmodell haft sämre möjligheter än jämförelseyrken utanför vården.



Figur 3.6. Möjlighet att lära nytt och utvecklas (minst 1 dag/vecka). Trenden för olika yrken i SLL och traditionellt styrda landsting samt jämfört med övriga yrken.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Däremot har sjuksköterskor och undersköterskor under hela 90-talet och läkare från 1995 haft en bättre utveckling i traditionellt styrda landsting vad gäller ett omväxlande arbete.

Utvecklingsmöjligheterna tycks totalt sett inte skilja för vårdpersonal i olika landstingsmodeller medan arbetet i den traditionella landstingsgruppen upplevs mer omväxlande.

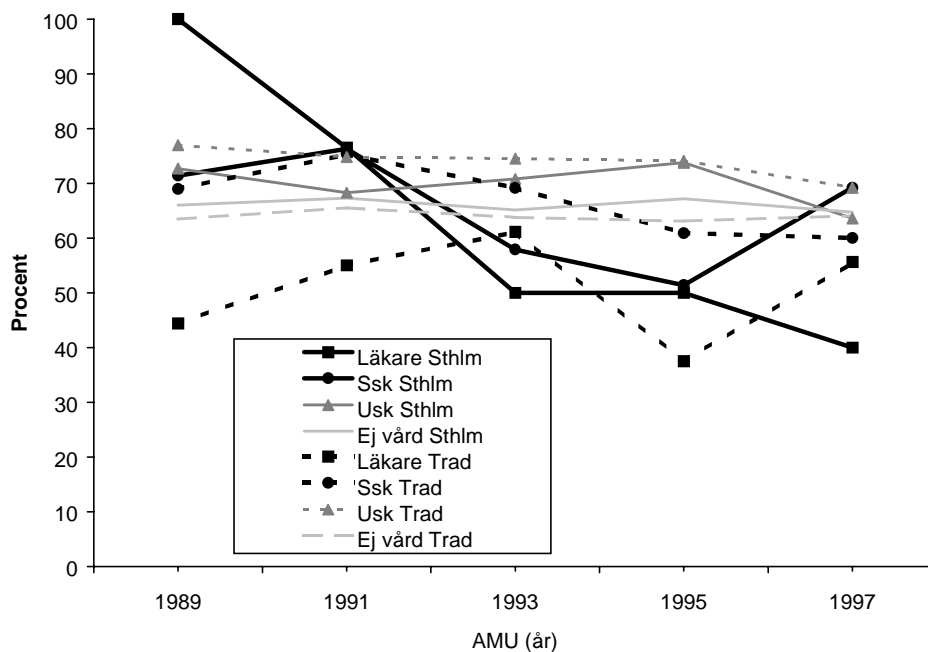
#### *Det sociala stödet*

En viktig resurs för att hantera hög arbetsbelastning och arbetstakt utgör stöd och hjälp, framför allt stöd från chefer. Det sociala stödet studeras med frågorna stöd och uppmuntran från chefer och för lite stöd och hjälp i arbetet från arbetskamrater och chefer.

Cirka var femte vårdanställd uppger för lite stöd och hjälp i sitt arbete under hela 90-talet och oberoende av styrmodell i landstinget. Efter 1995 uppger betydligt fler läkare i Stockholm jämfört med såväl läkare i traditionella landsting som med sjuksköterskor och undersköterskor att man får för lite stöd och hjälp i sitt arbete.

Möjligheten till stöd och uppmuntran från chefer minskar för vårdpersonal under 90-talet i båda landstingsmodellerna och mer för läkare och sjuksköterskor än för yrken utanför vården. Framför allt är det bland läkare i Stockholm som allt färre upplever ett regelbundet chefstöd. Sjuk-

sköterskor i Stockholm har upplevt en liknande trend fram till 1995. Chefstödet för undersköterskor är konstant bättre än för läkare och sjuksköterskor hela 90-talet i båda landstingsmodellerna. Chefstödet i olika grupper framgår av figuren.



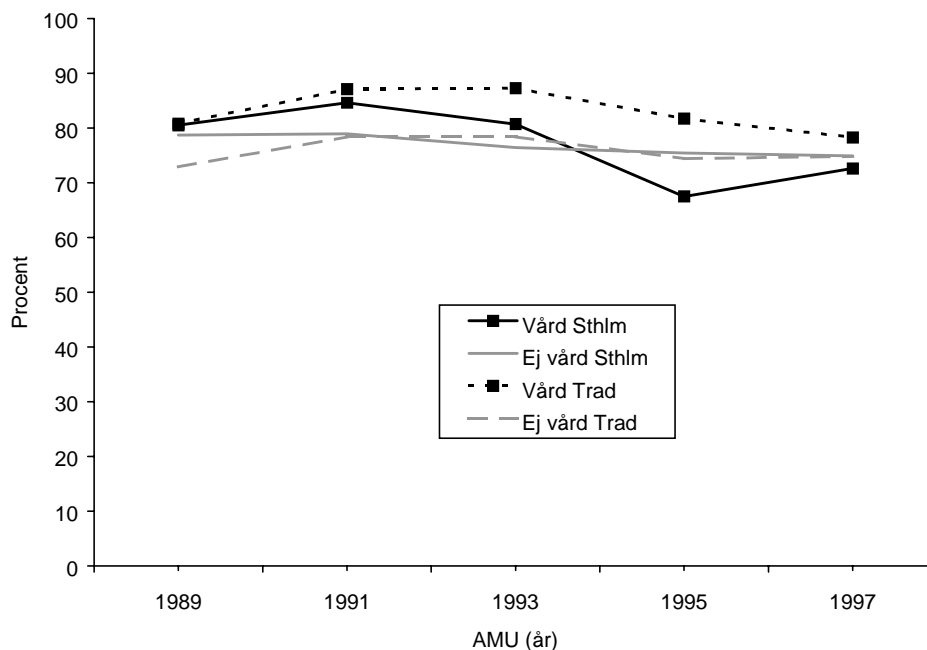
Figur 3.7. Får stöd och uppmuntran från chefer (alltid/för det mesta). Trenden för olika yrken i SLL och traditionellt styrda landsting samt jämfört med övriga yrken.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Stöd från chefer skiljer mellan landstingsmodeller för vissa yrken. Utvecklingen under 90-talet har varit sämre för läkare i Stockholm. Sjuksköterskor i Stockholm har haft en sämre utveckling än sjuksköterskor i jämförelselandstingen men trenden har vänt efter 1995.

## Arbetshälsan i landsting med olika styrmodeller

Arbetsstillfredsställelse har i stressforskning visat höga samband med och har ofta använts som mått på arbetshälsa. I Arbetsmiljöundersökningen har man ställt frågan om man är nöjd med sitt arbete i det stora hela. Vårdpersonalen i Stockholm visar i detta avseende en sämre utveckling över tid än personal i traditionellt styrda landsting.



Figur 3.8. Nöjd med arbetet i det stora hela (/instämmer helt/delvis). Trenden för SLL och traditionellt styrda landsting samt jämfört med övriga yrken.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Från 1993 har arbetstillfredsställelsen successivt minskat för Stockholms vårdpersonal. Trenden är likartad för alla yrkesgrupper. Trenden för läkare fortfarande 1997 stadigt nedåtgående.

## Sammanfattning

Effekter av nya styrmodeller har ibland mätts som en ökad produktivitet i vården, vilket ofta definierats som en ökad genomströmning av patienter som fått tillgång till vård oberoende av om detta lett till att fler patienter fått bättre hälsa. Få studier har visat vad den ökade produktiviteten haft för kostnader i termer av personalens arbetsvillkor och arbetshälsa.

Stockholms läns landsting som det mest utpräglade beställar-utförarlandstinget har jämförts med en grupp av mera traditionellt styrda landsting med avseende på förändrade arbetsvillkor under 90-talet. Utvecklingen kan följas separat för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Sammanfattningsvis har nedskärning av personal och hot om arbetsförlust varit av samma storleksordning bland personal i båda typer av landsting. Trenden när det gäller arbetsbörda och arbetstakt har också varit i stort densamma. 60–70% av vårdanställda har 1997 uppgett ökad arbetstakt de senaste fem åren. Skillnaderna mellan yrkesgrupper har jämnats ut över tid och undersköterskor har haft en brantare kurva medan läkare och sjuksköterskor haft hög arbetsbörda hela 90-talet. Övertid har blivit allt



vanligare för läkare både på arbetsplatsen och i hemmet. Den psykiska påfrestningen har ökat hela 90-talet och anges dubbelt så ofta av vårdpersonal som i andra yrkesgrupper. Fysisk arbetsbörda ligger konstant högre för undersköterskor. Vissa olikheter kan påvisas när det gäller personalens resurser att hantera den ökade belastningen och arbetspressen. Trots stora satsningar på kompetensfrågorna finns inga stora förändringar i upplevd tillgång till kompetens varken i Stockholm eller i traditionellt styrda landsting. Stora skillnader framstår dock i olika yrkesgruppers möjligheter att lära nytt och utvecklas. Den höga arbetstakten kan ha varit ett hinder för t.ex. undersköterskor, som konstant haft mindre möjligheter att utnyttja kompetenssatsningarna medan sjuksköterskor och läkare haft större möjligheter hela 90-talet.

De nya styrformer som inbegrips i Stockholmsmodellen har jämfört med traditionella styrformer haft negativa effekter på inflytande och stöd i arbetet. Kontroll i arbetet, både vad gäller inflytande, upplevd frihet i arbetet och möjlighet att medverka i beslut, har haft en mer ogynnsam utveckling för Stockholmslandstinget särskilt för sjuksköterskor och läkare. En avsedd förändring med Stockholmsmodellen var decentralisering, vilket borde medföra ökat inflytande för personalen. Stockholm har i stället större andel som upplever bristande inflytande. Bristen på inflytande har dessutom ökat i Stockholmslandstinget medan personal i traditionella landsting upplever att möjligheten till inflytande snarast förbättrats under 90-talet. Den snabba förändringstakten har gjort ledarskapet otydligt och chefsstödet för läkare i Stockholmslandstinget har haft den sämsta utvecklingen under 90-talet. För Stockholms vårdpersonal har även arbetstillfredsställelsen i stort försämrats från 1993.

Studiens slutsats blir att organisationsförändringarna i Stockholms läns landsting med mer marknadsanpassade modeller kan ha haft negativa konsekvenser för personalinflytandet och för främst läkares chefstöd samt i viss mån inverkat negativt på arbetstillfredsställelsen i stort.

## Referenser

- Jonsson E. Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna? – En jämförande utvärdering. Stockholms universitet, Institutet för kommunal ekonomi, 1994
- Gustafsson R & Petterson I-L. En empirisk jämförelse mellan landsting med olika styrmodeller. I: De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad händer med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?. Bilaga 1 till God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården. Slutbetänkande av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000, SOU 1999:66
- ASS & SCB. Arbetsmiljön 1995. Statistiska meddelanden. Sveriges officiella statistik, 1996

# Organisation och arbetsförhållanden – resultat från MOA-projektet

*Annika Härenstam*

Detta avsnitt innehåller resultat och slutsatser från fördjupade analyser av data från MOA-projektet (Moderna arbets- och livsvillkor för kvinnor och män, Härenstam et al 1996, 1999, a, b och c) som behandlar fenomen på makronivån och organisationsnivån i relation till arbetsförhållanden på individnivån för kvinnor och män.

I ett avsnitt undersöks och jämförs organisatoriska förhållanden och arbetsförhållanden för båda kvinnor och män i ”Välfärdssektorn” särskilt i vården. Detta görs dels genom kvalitativa analyser av intervjuer, dels med kvantitativa deskriptiva analyser.

## Kvalitativa analyser

Inom ramen för MOA-projektet utfördes öppna personliga intervjuer. I den kvalitativa analysen av dessa riktades intresset mot den subjektiva beskrivningen av arbets- och livssituationen, den personliga berättelsen. Intervjuerna var löst strukturerade kring definierade frågeområden. Detta gav de intervjuade möjlighet att själva bestämma vilka erfarenheter som var betydelsefulla. Varje intervju varade mellan 1,5 och 2 timmar.

Analysarbetet resulterade i en analysmodell, som fångar mötet, konfrontationen, mellan det moderna arbetslivets villkor, förhållanden på arbetsplats och individuella förhållanden samt konsekvenserna av detta möte. Intervjuerna förmedlade, med få undantag, en beskrivning av arbetet som en för individen mycket väsentlig aktivitet. Arbetet innebar möjligheter för eller hot mot centrala, personliga värden vilka uppfattades som eftersträvansvärda. Dessa personliga värden berörde individens grundläggande upplevelser av självkänsla, identitet, personlig förmåga och medmänsklighet. Att tillägna sig dessa värden innebär att bestämma sitt värde som människa. Intervjuerna förmedlar detta som en kamp för människovärdet. I intervjuerna framgick att dessa värden var beroende av bakomliggande förhållanden. Hit räknades kön, klassbakgrund, tidigare erfarenheter av arbetslivet, position på arbetsmarknaden och individens aktuella livsfas. Vilka aspekter av arbetsvillkoren och vilka förändringar av arbetssituationen som kom att framstå som betydelsefulla för individen var beroende av yttre omständigheter, t.ex. typ av arbetsgivare, bransch och verksamhetsområde.

I modellen ingår vidare vilka resurser individen har till sitt förfogande som stöd för att hantera sin situation. Det handlar om såväl ekonomiska, sociala som individuella resurser.

Tillsammans bestämmer dessa olika delar hur konsekvenserna av mötet mellan individ och arbetsliv kommer att te sig. Det är konsekvenser som i sin förlängning utövar ett avgörande inflytande på individens hälsa och välbefinnande. Analysmodellen, som vi benämner ”Kampen för människovärdet” beskrivs i slutrapport I (Härenstam et al 1999a).

I nästan alla intervjuer, upptog berättelser om förändringar på arbetsplatsen en stor del av tiden och uppmärksamheten. Arbetsutvidgningen, nya eller fler arbetsuppgifter, var fenomen som många berättade om på olika sätt. Tidspressen, arbetsbelastningen och kraven på kompetens ökade för flertalet. Likaså förändrades arbetets omfattning och förläggning i tid och rum. För vissa ökade den fysiska belastningen och möjligheterna till pauser och återhämtning minskade.

Det fanns dock väsentliga skillnader i hur olika individer berättade om förändringarna. Individerna reagerade t. ex. olika på förändrade och utökade arbetsuppgifter och ansvarsområden i samband med organisationsförändringar och nedskärningar. Under analysarbetets gång framträdde tre olika grupper med avseende på var på arbetsmarknaden de befann sig. Skillnaderna kunde förstås utifrån var individen fanns i arbetslivet, vilken typ av arbetsobjekt man hade, företagets marknadssituation, den egna kompetensen och sociala positionen, egna erfarenheter och vilken livsfas man befann sig i. För att exemplifiera temat sammanfattas resultaten av den kvalitativa analysen i denna rapport främst för ”Välfärdssektorn”. En utförligare presentation för flera verksamhetsområden på arbetsmarknaden finns i en annan publikation (Härenstam et al, 2000).

#### *Välfärdssektorn*

*Inom sjukvård, socialt arbete, skola, barnomsorg, polis- och åklagarväsende* och liknande verksamheter, främst inom offentlig sektor, berättades om konsekvenser av omorganisationer, nedskärningar och arbetsutvidgning. Här fanns många professionella individer med lång utbildning. De med kortare utbildning, t.ex. undersköterskor, vårdbiträden, barnskötare och kontorsanställda, hade i stor omfattning sagts upp och arbetsuppgifterna fördelats på de mer högutbildade. Många berättade om att den egna kompetensen var underutnyttjad. Det gällde alla kategorier, även de med lägre utbildning, i och med att de mer kvalificerade arbetsuppgifterna tilldelats de högutbildade. Läkare fick skriva mer, sjuksköterskor sköta omsorgs- och serviceuppgifter, förskollärare städa, lärare, poliser och åklagare fick mer administrativa uppgifter osv. Här var de nya arbetsuppgifterna i huvudsak inte mer, utan mindre kvalificerade och

stimulerande och de professionella fick utföra allt fler uppgifter som låg utanför professionens kärna och fick allt mindre tid med sådant man var utbildad för.

*Kvinna, undersköterska: Man bara stressar, stressar över patienten för att det ska vara noterat att det är gjort. Inte det här att man gör det grundligt för att det ska vara grundligt gjort, utan det är gjort bara.*

*Man, jurist: I samband med organisationsförändringen sparkade man alla de här kanslisterna, men man kan ju inte sparka sekreterare och tro att jobbet gör sig självt. Sekreterarnas arbetsuppgifter har ju mer och mer lagts över på oss. Men det är så fullkomligt absurt att en höglönlönad specialist ska springa en hel förmiddag och leta efter en akt.*

*Man, förskollärare: Jag är utbildad förskollärare, varför ska jag städa? Tänker jag då. Kanske är jag dum, det är klart att jag kan städa alltså för att hjälpa till, men vad hjälper det barnen? Det hjälper bara ekonomin då och det kanske är bra då.*

Dessutom fanns tredje person, såsom patienter, elever, barn och socialbidragstagare, vilka de anställda värnade om. De anställda sträckte sig så långt de kunde för att nedskärningarna inte skulle gå ut över tredje person och de kände sig allt mer otillräckliga och fick skuld känslor. Detta problem framfördes framförallt av kvinnorna, de tycktes oftare än männen formulera ansvaret för tredje part som ett problem för dem själva. Samma fenomen fast uttryckt på ett annat sätt gav också upphov till ett annat problem. Den drivkraft man hade när man valde yrket gavs allt mindre utrymme och arbetet blev mindre meningsfullt än tidigare.

*Kvinna, undersköterska: Om du inte hunnit med allt känner du skuld. Det är för att undvika detta som du springer som ett torrt skinn. Bara för att kunna gå hem och sova med gott samvete.*

*Kvinna, sjuksköterska: Patienterna blir inte friskare för att vi blir någon administrativ person. Jag kan inte begripa hur man ska bedriva omvårdnad med hög kompetens utanför rummet.*

*Man, lärare: Genom den här reformen har vi tvingats att vara här i allt större utsträckning så vi försöker ju att komma härifrån så fort som möjligt. ...Man kan säga att alienationen har ökat, vi försöker i allt större utsträckning, precis som andra yrken, kompensera bristande upplevelser i arbetet med upplevelser utanför.*

Flera av de män vi intervjuade i denna sektor, tog upp kvinnodominansen som ett problem:

*Man, undersköterska: Är du kille får du frågan: kan du hjälpa till och lyfta här? På vissa håll har jag hört att killarna är rena rama lyftkranar.*

*Man, socialarbetare: ... det snackas virkning och sådant där på kafferasterna [...]nej, men det är mycket kvinnosnack alltså. Vi är två killar bland arton kvinnor, det--, jag menar det snackas ju aldrig fotboll eller ytterst sällan något typiskt... killintressen så att säga då.*

Ytterligare en aspekt var att de anställda i dessa yrken ofta var starkt beroende av ett gott samarbete och kontaktnät för att arbetet skulle fungera. Ständiga omorganisationer och uppsägningar slog sönder fungerande team och kontaktnät, missförstånd och konflikter uppstod lättare. Målen framstod som oklara och mångtydiga och arbetsledningen otydlig och överbelastad. Frustrationen över att arbetet blev tyngre, mindre stimulerande och det sociala klimatet allt sämre visade sig ofta här som revirstriker mellan yrkeskategorier, konkurrens om resurser mellan avdelningar samt tvivel över framtiden (Härenstam et al 1996).

*Kvinna, undersköterska: Nu ska dom in och splittra grupperna igen. Tänk om jag får två stycken på halsen jag inte tål? Då är hela min arbetsmiljö förstörd*

*Kvinna avdelningsföreståndare, sjukvård: Men det jobbiga tycker jag det är organisationen utanför mig själv, andra. Alla intriger som sker alltså, så man tror inte är sant. Det tycker jag är jobbigt. Jag vill helst inte höra men jag får ju höra om det ändå. Det pågår ju ett väldigt maktspel i läkarkåren som avspeglar sig direkt ned i organisationen tycker jag. Vem som kan slåss mest får mest pengar och, ja, nej, det är tragiskt men så är det. Nu, ekonomin har ju gjort att det har blivit en kamp om resurserna.*

Från välfärdssektorn berättades om att möjligheterna minskat för diskussioner om verksamhetsutvecklingen, särskilt i ett lite längre tidsperspektiv. Flera uttryckte att sådana fora saknades och det var svårt att hitta mottagare av idéer och initiativ. Risktagandet hade minskat och människor hade blivit mindre kreativa och mer inriktade på att klara sin egen situation på bästa sätt. Tystnaden hade brett ut sig på arbetsplatserna. Det fanns de som berättade om arbetsuppgifter som blev "över", som ingen ville ha och hur detta gick ut över effektiviteten och framför allt trivseln på arbetsplatsen. Lojaliteten med arbetskamraterna och även med arbetsgivaren minskade.

#### *Sammanfattning och kommentarer*

I tabellen nedan sammanfattar vi några av resultaten från de tre identifierade kategorierna av verksamhetsområden.

Tabell 4.a. Specificering av vad som karaktäriserar välfärdssektorn, teknikintensiva företag och privata servicesektorn.

Välfärdsektorn	Teknikintensiva företag	Privata service/tjänstesektorn
Nedskärningar	Nedskärningar	Nedskärningar
Ökad resultatmätning	Rationalisering med ny teknik/IT	Ökad resultatmätning
Fler arbetsuppgifter, ofta mindre kvalificerade	Fler arbetsuppgifter, ofta mer kvalificerade	Fler arbetsuppgifter, sällan mer kvalificerade
Hårdare tempo	Ökade kompetenskrav	Hårdare tempo
Ej ökat inflytande	Ökat ansvar och lärande	Ej ökat inflytande
Män uttryckte oftare missnöje med organisation och resurser	Både män och kvinnor beskrev oftast förändringarna positivt	Inga tydliga könsskillnader kunde iakttas. Det tycks dock som att kvinnor oftare än män kände sig pressade av resultatmätningen och uttryckte oro för "att inte hålla måttet"
Kvinnor uttryckte oftare skuld känslor och oro att inte orka	Kvinnor uttryckte oftare negativa konsekvenser i relationer till män	

Genom att tre kategorier av verksamheter utgjorde grunden för den primära analysen, kunde vi börja urskilja att kön tycktes ha olika betydelse i olika delar. Betydelsen av könssegregeringen på arbetsmarknaden synliggjordes genom att berättelserna kategoriserades i de tre sektorerna. Problemen i arbetsvillkoren tycks särskilt stora i "välfärdssektorn" som i hög grad är kvinnodominerad. Försämringarna verkade som mest omfattande där. Det innebär att betydligt fler kvinnor än män riskerar få en allt sämre arbetsmiljö även om de män som arbetar här, har en minst lika negativ bild av arbetet som kvinnorna. Berättelserna från personer i den högteknologiska sektorn präglades i hög grad av en positiv utveckling av arbetsvillkoren. Denna sektor domineras av män. De problem som finns i denna del av arbetslivet förefaller att ha att göra med individens status, kön och livssituation. På så sätt tycks kvinnorna i denna sektor inte kunna tillgodogöra sig de utvecklande, goda förutsättningar som finns här genom att de inte får tillräckligt med stöd och uppmärksamhet.

## Kvantitativa analyser

### *Metoder och dataunderlag*

För att ytterligare undersöka dessa iakttagelser från den kvalitativa analysen har även kvantitativa data från samma projekt analyserats. Såväl data på organisationsnivå för de arbetsplatser studiepersonerna arbetade vid som självrapporterade uppgifter och externt bedömda uppgifter om arbets- och anställningsförhållanden användes.

Under perioden 1995–1997 genomfördes i MOA-projektet sammanlagt drygt 100 halv-strukturerade intervjuer med chefer och nyckelperso-

ner i arbetsledande ställning vid 80 arbetsplatser i ett brett urval av branscher. Intervjuerna pågick mellan 30–90 minuter. Så gott som alla intervjuer bandinspelades. Detta innebär cirka 150 timmars bandinspelade intervjuer med chefer och arbetsledare om organisation och verksamhet. Ett flertal kompletterande telefonintervjuer genomfördes och skriftlig dokumentation om företagen samlades in. All information dokumenterades i text i s.k. *organisationsbeskrivningar*, en för varje arbetsplats. (Härenstam m.fl. 1999b).

I ett första steg bearbetades, bedömdes och klassificerades informationen i organisationsbeskrivningarna utifrån viktiga dimensioner som maktstruktur, marknadssituation, verksamhets- och organisationsform, teknik/IT, arbetsprocessens integrering, styrsystem, ledningsstil, kommunikation, könsfördelning, könssegregering och kompetens- och personalstruktur. Även de senaste två årens förändring av organisations- och produktionsprocess, kompetenskrav och personalstyrka bedömdes och klassificerades. Materialet kunde härigenom kategoriseras i variabler vilka användes i arbetet med att söka efter olika typer av organisationsstrukturer och förändringsmönster.

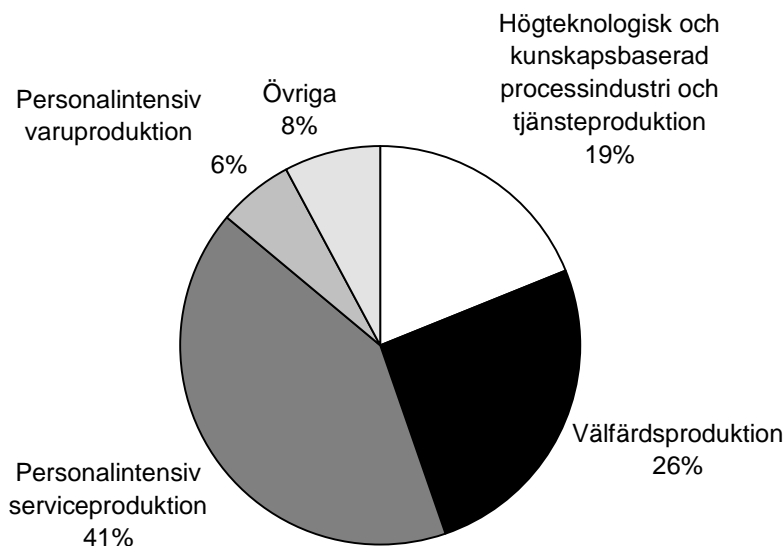
Bedömningarna och kategoriseringarna gjordes genom oberoende skattningar inom forskargruppen. För analyserna i denna del av projektet användes även uppgifter på yrkesgruppsnivå, såsom könsfördelningen i yrket och yrkets inriktning och kvalifikationsnivå. Även data på individnivå såsom intervjuer, enkäter och data från arbetsanalyser, observationer och mätningar på fältet användes för att fånga externt bedömda och upplevda arbets- och anställningsförhållanden. Bland annat användes ett frågebatteri om förändrade arbetsförhållanden i samband med organisationsförändringar och ett annat om upplevda positiva och negativa konsekvenser av förändringar.

Ett sätt att kategorisera arbetsplatserna som användes var att dela in dem i olika verksamhetstyper, en metod som utvecklats av Eric Giertz (1999). Han delar in verksamheter i sex grova kategorier med flera undergrupper. Genom att slå ihop några av dessa kunde vi dela in arbetsplatserna som deltog i MOA-projektet i fem grupper varav tre motsvarade de tre grupper som trädde fram ur den kvalitativa analysen ovan.

I den första gruppen som här benämns HighTech/IT ingick tio företag varav två högteknologiska tillverkningsföretag och fyra företag inom data/IT. I gruppen "Välfärd" ingick 17 arbetsplatser inom sjukvård (2 sjukhuskliniker), äldreomsorg (2 sjukhem/gruppboende), skolor, förskolor, polis, åklagarväsende, socialtjänst och offentliga förvaltningar. Tre av dessa var privata och övriga tillhörde den offentliga sektorn. Den tredje gruppen, "Service", bestod av 37 arbetsplatser, oftast små och i den privata sektorn. Här fanns affärer, transportföretag, bank, post, företag inom bygg- och anläggning, reparationsverkstäder, entreprenadföretag inom



kontors- och städverksamheter m.m. Fördelningen av MOA-projektets studiepersoner i dessa verksamhetskategorier redovisas i figur 1. Enligt preliminära data<sup>72</sup> på riksnivå, liknar fördelningen i MOA den som fanns i riket under samma tidsperiod. Skillnaderna bestod främst av att i riket fanns något fler i Vårldsssektorn och något färre i "Servicesektorn".



Figur 4.1. Urval av studiepersoner i MOA-projektet fördelat på några kategorier av verksamhetstyper.

#### *Metoder och frågeställningar*

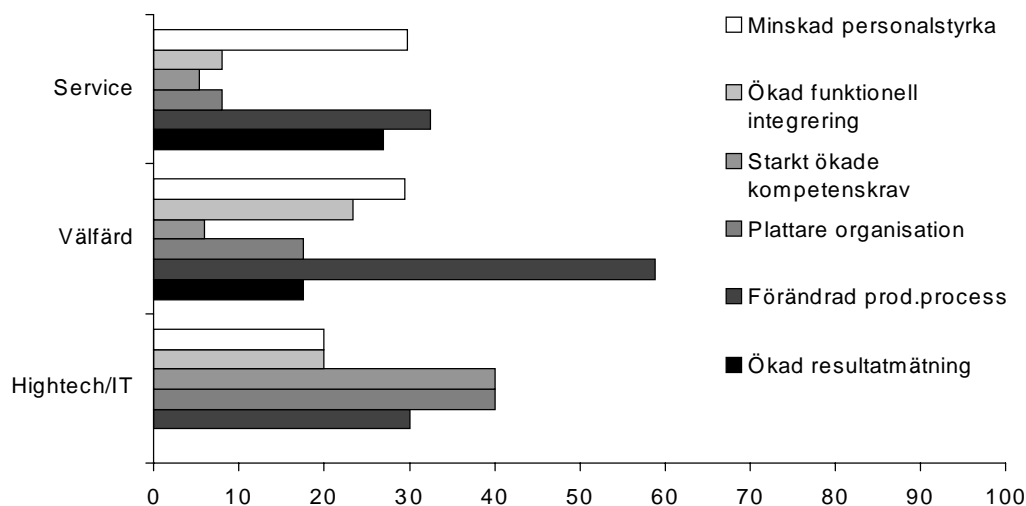
För att undersöka om arbetsplatserna i de tre största verksamhetstyperna skiljde sig åt vad gällde organisatoriska strukturer och genomförda förändringar, användes data på arbetsplatsnivå vilka redovisades kortfattat i inledningen av detta kapitel. Här presenteras i figurer fördelningen mellan de tre verksamhetstyperna först vad gäller förhållanden på arbetsplatsnivå och därefter på individnivå.

#### *Organisatoriska strukturer och förändringar i tre verksamhetstyper*

I figur 4.2 visas vad som karaktäriserar dessa tre grupper av arbetsplatser med avseende på vilka förändringar som genomförts på arbetsplatserna de senaste två åren. Det framgår tydligt att förändringarna var av olika slag i de tre grupperna. Kompetenskraven ökade mest i HighTech företagen och här förekom det oftast att organisationen plattats ut och att arbetsvidgningen var horisontell (eller funktionell). Däremot ökade inte resultatmätningen vid någon av dessa arbetsplatser. "Vårldss"-arbets-

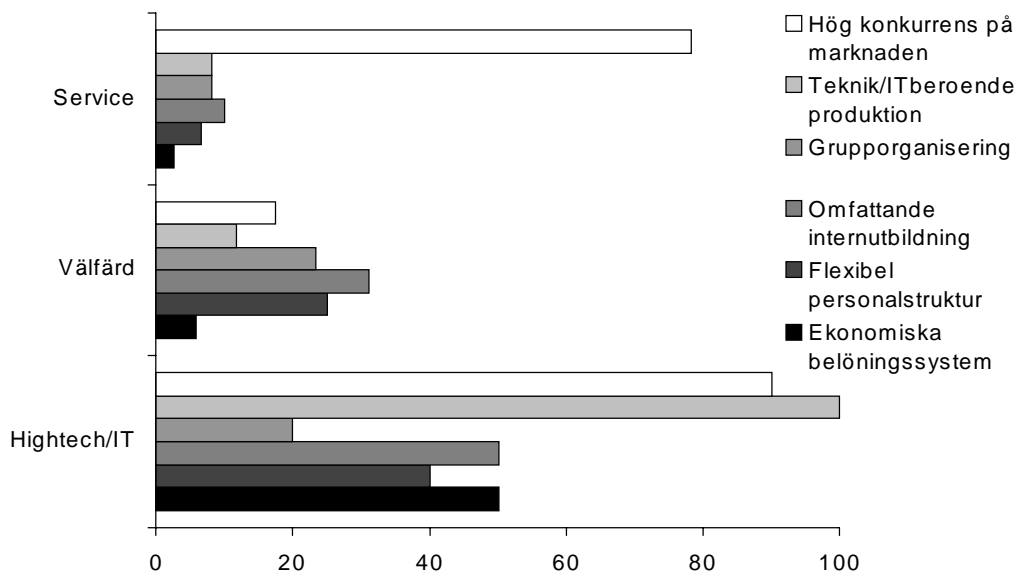
<sup>72</sup> Muntlig kommunikation med Erik Giertz 1999.

platserna kännetecknades däremot av en förändrad produktionsprocess och ökad resultatmätning. Det var inte lika vanligt att organisationen plattades ut och några av arbetsplatserna blev mer hierarkiska. Den tredje gruppen, här kallad "Service" kännetecknades framförallt av personalminskning och ökad resultatmätning. Bara en liten andel införde plattare organisation och vidgat arbetsinnehåll.



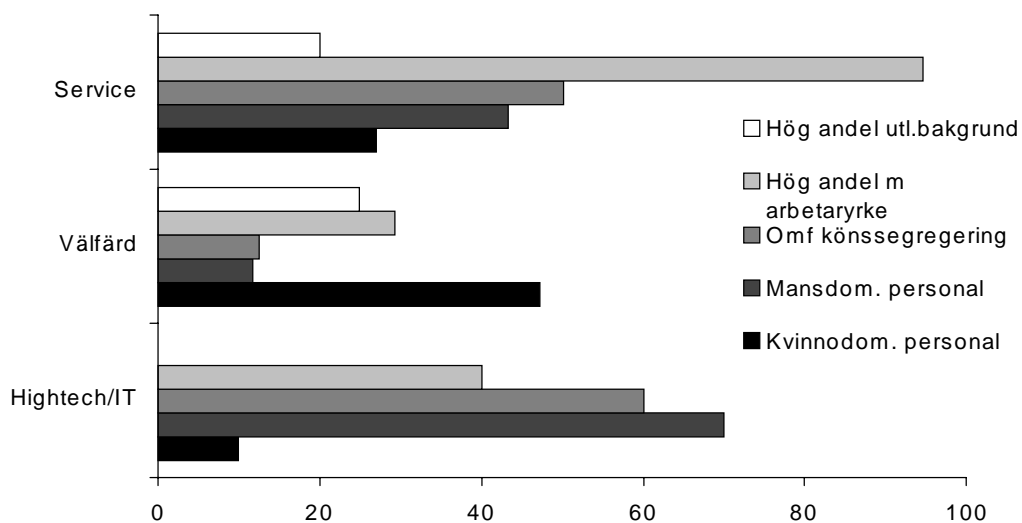
Figur 4.2. Organisatoriska förändringar i tre verksamhetstyper vid 64 arbetsplatser i MOA.

Olika karaktäristika för organisationerna bedömdes också. Av figur 4.3 framgår att även i dessa avseenden skilde sig arbetsplatserna kraftigt åt inom de tre olika verksamhetsområdena. Konkurrenssituationen på marknaden var hård såväl i "Service" som i HighTech företagen. Framförallt HighTech-företagen hade omfattande internutbildning och användning av ekonomiska belöningssystem samtidigt som den interna personalstrukturen var flexibel, vilket medför goda möjligheter att röra sig inom företaget mellan olika arbetsuppgifter och positioner.



Figur 4.3. Exempel på några olika karaktäristika för 64 arbetsplatser i tre verksamhetstyper.

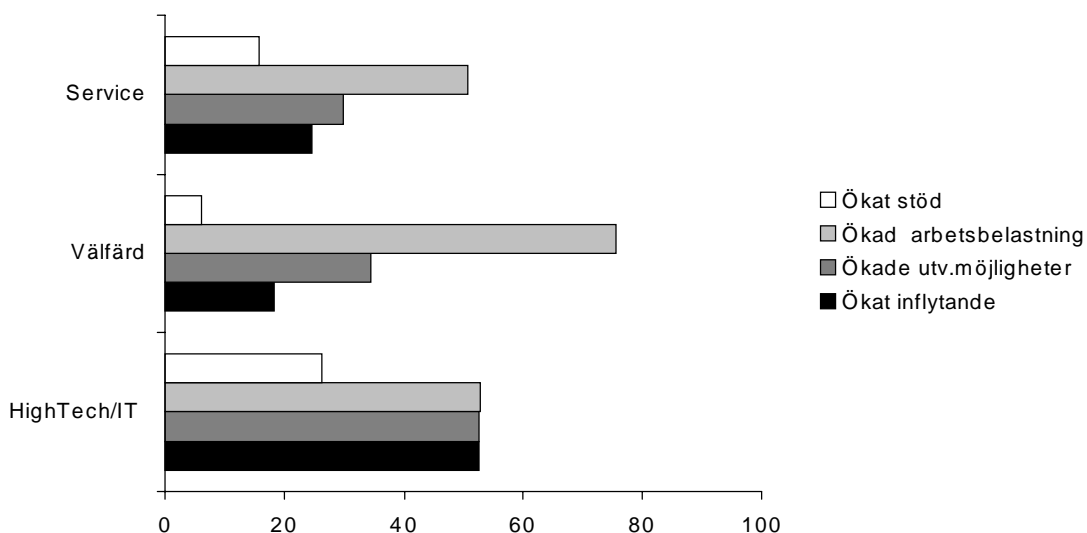
Grupperna skilde sig också åt med avseende på personalstrukturen. Det gällde särskilt utbildningsnivå, könsfördelning, etnicitet och åldersstruktur (figur 4.4). De flesta HighTech-företagen var mansdominerade och könssegregeringen var stor med avseende på kvinnors och mäns arbetsuppgifter och position. Vid "Välfärdsarbetsplatserna" fanns flest högt utbildade och andelen tillfälligt anställda var hög. Många var kvinnodominerade och andelen anställda över 45 år var hög. "Service"-arbetsplatserna var både mansdominerade och kvinnodominerade och det var vanligt med stark könssegregering inom arbetsplatserna.



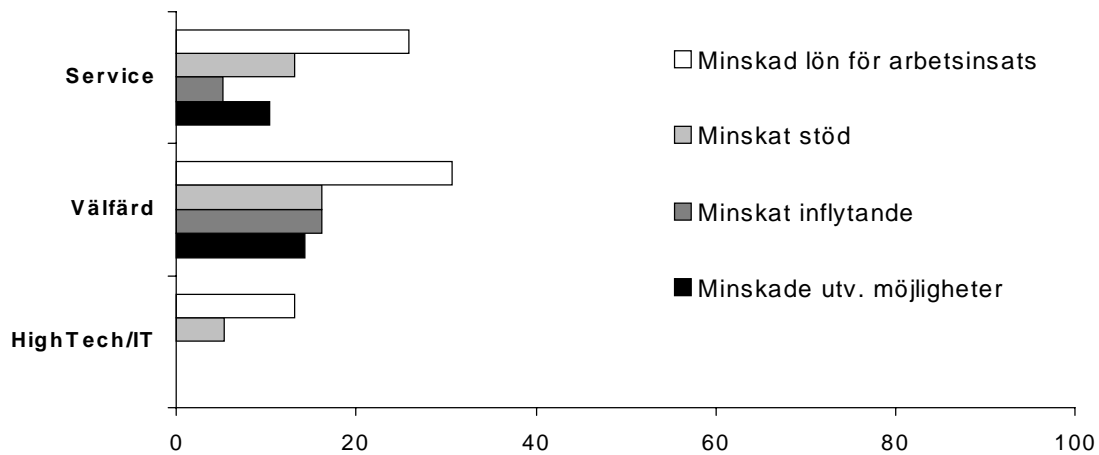
Figur 4.4. Personalstrukturen vid de 64 arbetsplatserna i tre verksamhetstyper.

### Arbetsförhållanden i olika verksamhetstyper

Hur var då arbetsvillkoren i de tre grupperna av arbetsplatser? Skillnaderna visade sig vara mycket markanta mellan de tre verksamhetstyperna men mycket små mellan kvinnor och män inom samma verksamhetsområde varför vi presenterar resultaten för hela studiegruppen utom där det fanns könsskillnader (figur 4.5–4.9). När det gäller dimensionerna i kravkontroll-modellen (Karasek & Theorell, 1990), visade det sig att kraven hade ökat för mer än tre fjärdedelar av samtliga vid ”Välfärds”-arbetsplatser medan utvecklingsmöjligheterna bara hade ökat för en tredjedel (figur 4.5). Knappt var femte beskrev ökat inflytande och nästan lika många minskat inflytande (figur 4.6). Här tycks alltså ske en negativ utveckling med alltfler i så kallade ”högstress” arbeten med höga krav och lite inflytande.

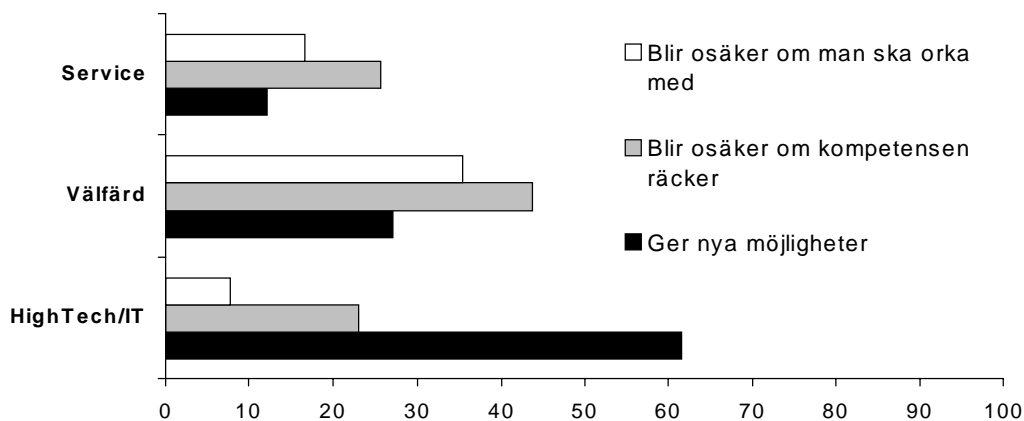


Figur 4.5. Förändrade arbetsförhållanden vid arbetsplatser i tre verksamhetstyper.



Figur 4.6. Förändrade arbetsförhållanden vid arbetsplatser i tre verksamhetstyper.

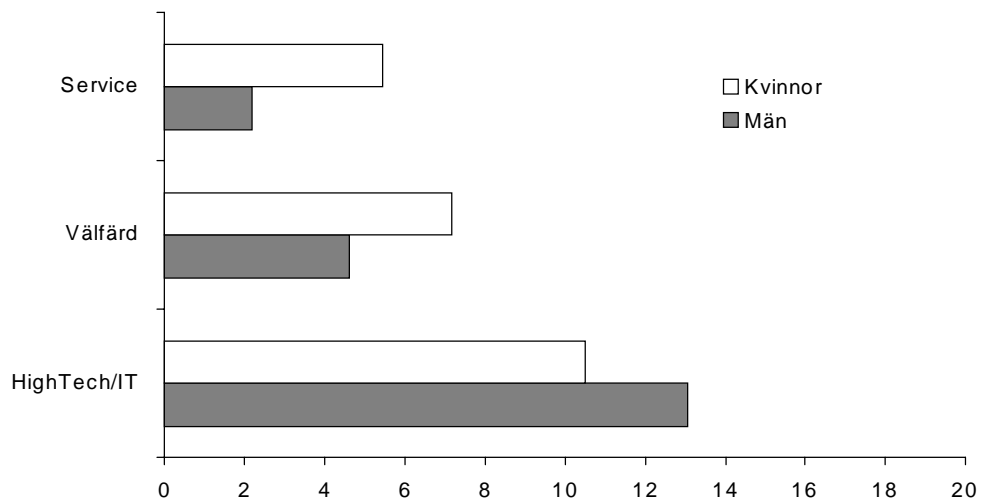
Vid "Service"-arbetsplatserna var trenden likartad och andelen som uppgav att man inte kunde/vågade protestera vid problem i arbetet var högst här. Likaså fanns här de största andelarna med osäkra anställningar. Svårigheterna att kombinera arbete och familj var också störst, vilket kanske kan förklaras av att en mycket hög andel arbetar på obekväma arbetstider. I dessa typer av verksamheter förväntas att jobbet görs när kunden vill.



Figur 4.7. Upplevda konsekvenser av förändringar vid arbetsplatser i tre verksamhetstyper.

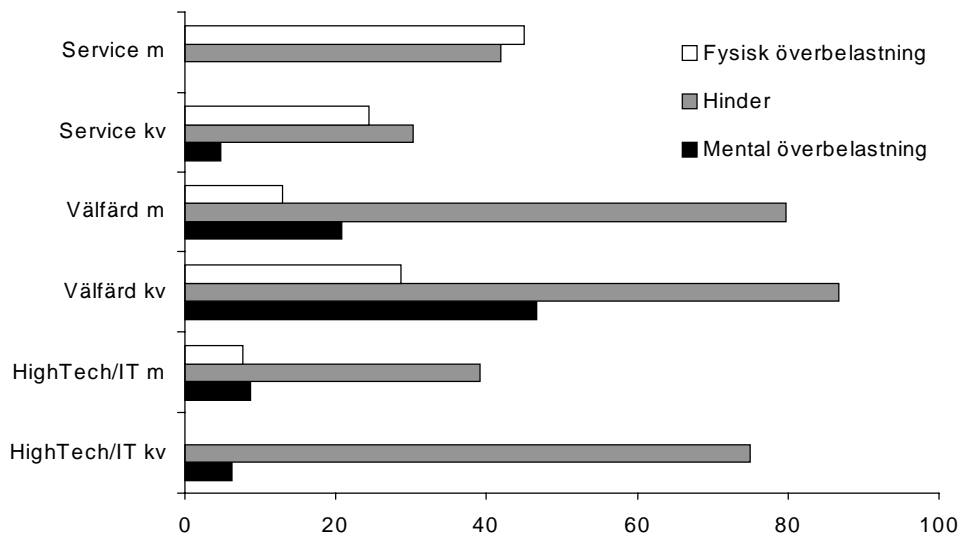
Vid HighTech/IT företagen ökade möjligheterna mest och det fanns en gynnsam utveckling med avseende på väsentliga aspekter av arbets- och anställningsvillkoren. Vid dessa företag uppgav cirka 2/3 av de anställda att förändringar ledde till nya möjligheter för deras egen del vilket var nästan tre gånger så många som i de andra båda verksamhetsområdena. Osäkerhet om att orka med arbetet och för att kompetensen ej ska räcka, förekom oftast i välfärdssektorn (figur 4.7). Vad gällde antalet utbild-

ningsdagar senaste året fanns det stora skillnader mellan verksamhetsområdena. Särskilt för männen var skillnaden stor mellan HighTech/IT sektorn med störst antal utbildningsdagar och Servicesektorn med minst antal dagar (figur 4.8).



Figur 4.8. Genomsnittligt antal utbildningsdagar i tre verksamhetsområden.

Arbetsförhållandena för varje enskild studieperson i MOA-projektet bedömdes också med så kallade externa metoder av forskarna. Detta gjordes med hjälp av mätningar, observationer och strukturerade intervjuer med anställda och arbetsledare ute på arbetsplatserna. I figur 4.9 visas resultaten för några av de dimensioner som bedömdes externt. Här fanns en del könsskillnader. Fysisk överbelastning i relation till den egna kapaciteten var vanligare bland männen än kvinnorna i Servicesektorn medan det motsatta gällde i "Vårdssektorn" där dessutom kvinnorna i högre grad än männen även var mentalt "överbelastade"



Figur 4.9. Externt bedömda arbetsförhållanden vid arbetsplatser i de tre verksamhetstyperna uppdelat på kön.

#### *Kommentarer*

I ”Välfärds-” och ”Service-” arbeten tycks alltså utvecklingen i stort gå åt fel håll. Negativa lärprocesser var vanliga genom att de ökade kraven inte balanserades med bättre möjligheter till utveckling och inflytande. Dessutom var relativt många fysiskt överbelastade i Service- och Välfärdsarbetsplatserna. Vid arbetsplatserna med Välfärdsverksamhet var många utsatta för tidspress, mental överbelastning samt hinder för att kunna utföra arbetet.

Resultaten visar att arbetsvillkoren polariseras. Det tycks som om arbeten som är vanliga bland män förbättras, särskilt inom teknikintensiva företag, medan många arbeten som kvinnor har utvecklats i motsatt riktning. Däremot följer inte arbetsvillkorens förändringar klasstrukturen eftersom försämringar inträffar oftast där andelen högutbildade är störst, alltså i ”Välfärdsverksamheter”.

### Lust att vårda eller vårdförlust?

En särskild rapport om vårdarbeten har tidigare publicerats i MOA-projektet (Härenstam et al 1996). Här undersöktes vårdarbete ur ett externt och ett internt perspektiv. Två olika forskargrupper inom MOA-projektet ansvarade för var sitt perspektiv.

#### *Det externa perspektivet*

Syftet med det externa perspektivet är att få en bild av arbetet som så lite som möjligt är påverkat av studiepersonens egna referensramar, förväntningar och ambitioner. Arbetets innehåll, dess förutsättningar och hinder

undersöktes genom att följa personen under ett arbetspass<sup>73</sup>. Materialet som redovisas nedan bygger på 20 personer, 12 kvinnor och 8 män, vilka arbetar i vitt skilda delar av vården, inom både kommunal och landstingsverksamhet.

Vårdarbetets karaktär, innehåll och uppgifter beror på verksamhet och yrkeskategori. De huvudsakliga arbetsuppgifterna i vården är

- medicinska uppgifter
- personlig omvårdnad
- social omsorg
- ”drift”: (städ, förråd, kök, etc.)
- information
- dokumentation

För varje individ skapades en arbetsprofil genom att undersöka vilka arbetsuppgifter som ingår i personens arbete samt hur lång tid varje arbetsuppgift tar av den totala arbetstiden. Tabell 4.b visar hur mycket tid respektive yrkeskategori ägnar åt tre huvudsakliga arbetsuppgifterna i vården, nämligen (1) *direkt patientarbete*, dvs. medicinsk behandling och omvårdnad, (2) särskilt avsatt tid för *dokumentation* innefattar dag- och journalanteckningar, remisser och annan rapportering om vård och behandling, samt handlingar vid in- och utskrivning av patienter, (3) *information* är dagliga rapporter, vårdkonferenser och ronder samt att ta del av skriftlig information om patienten.

Tabell 4.b: Hur mycket tid olika yrkeskategorier ägnar åt vårdens huvudsakliga arbetsuppgifter, siffrorna anger medelvärden, inom parentes spännvidd i gruppen.

Yrke	n	(1)		(2)		(3)		Övrigt	
		Procent	Spännvidd	Procent	Spännvidd	Procent	Spännvidd	Procent	Spännvidd
Undersköterskor	8	72%	(55–80)	1%	(1–10)	5%	(1–15)	22%	(15–39)
Sjuksköterskor	5	35%	(25–50)	14%	(10–22)	23%	(8–42)	27%	(10–50)
Läkare	4	35%	(20–50)	15%	(2–30)	50%	(48–55)	0%	( – )
Paramedicinare	3	52%	(40–60)	14%	(10–20)	13%	(5–18)	21%	(5–32)

Tabell 4.b visar att vårdpersonalens huvudsakliga arbetsuppgifter varierar, betoningen ligger dock på det direkta patientarbetet. *Undersköterskorna* sköter den dagliga personliga omvårdnaden och övervakningen av patienterna. De har även hand om förråd, städ- och köksuppgifter, hur

<sup>73</sup> För metodbeskrivning se Härenstam m.fl. 1999:12.



mycket beror på typ av verksamhet. *Sjuksköterskorna* är omvårdnadsansvariga och har det praktiska ansvaret för att doktors medicinska ordinationer utförs, att ordna det praktiskt så att patienten kommer hem eller till undersökning samt att anhöriga informeras. I ”övrigt” ingår t.ex. medicinberedning.

*Läkarnas* huvudarbetsuppgift är att få och ge information om patienten. Dokumentationen består av daganteckningar och journalföring. Därtill tillkommer diverse blanketter, t.ex. remisser, ordinationskort och övriga patientdata. Här finns vissa variationer mellan olika arbetsplatser.

Chefssjuksköterskorna som ej ingår i tabellen, har ungefär 70% personaladministrativt arbete, utöver detta utvecklingsarbete och en del löpande arbete på avdelning som t.ex. ansvar för medicinförråd.

#### *Arbetets krav på tänkande*

Syftet med det externa perspektivet var att få en bild av arbetet som inte hade påverkats av studiepersonernas egna referensramar och ambitioner. Arbetsanalyser gjordes på åtta undersköterskor, fem sjuksköterskor, fyra läkare och tre paramedicinare. I samtliga yrkeskategorier fanns kvinnor och män. Tanken bakom den kvalifikationsmodell vi utgår ifrån är att människor behöver använda sina olika förmågor, både huvud och händer – tanke och handling. Ett bra arbete ger möjlighet att använda sin yrkeskunskap och erfarenhet. Det ska också innehålla möjlighet till lärande och utveckling genom att individen ställs inför nya situationer. Vidare bör arbetet innehålla någon del rutinarbetsuppgifter där man faktiskt kan tänka på något helt annat samtidigt som man utför sin uppgift.

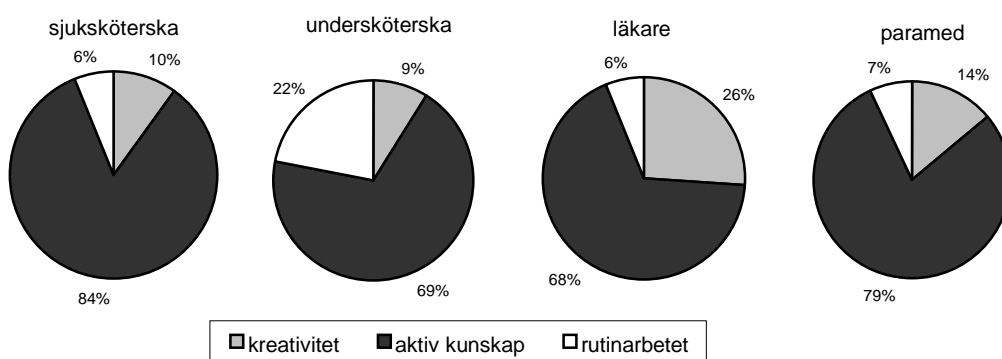
Yrkeskunskapen är basen i vårdarbetet. För alla gäller att handla på ett medvetet sätt, *att aktivt använda sin kunskap* och sin erfarenhet om symptom och sjukdomstillstånd, mänskligt beteende och behov. Man planerar och prioriterar mellan olika insatser utifrån sina kunskaper och erfarenheter.

För de flesta finns en liten del *rutinarbetsuppgifter*, exempelvis i form av rengöring, övervakning och förflyttning. Det finns variationer inom yrkeskategorierna, generellt har undersköterskorna störst möjligheter att tänka på annat.

Möjligheten till lärande och utveckling, *arbetets kreativa del*, består främst i att ständigt möta och bemöta nya människor. Man ska tolka behov hos patienter som ofta har svårt att uttrycka sig, motivera dem till rehabilitering, få sår att läka, få patienter att äta, lösa problem med teknisk utrustning och lära sig nya diagnoser eller åtminstone symptom. Hurvida detta är nya utmaningar varierar givetvis beroende på personens erfarenhet; ju längre erfarenhet desto färre nya situationer ställs man inför. Korta vårdtider gör att man möter många nya patienter/symptom och diagnoser. Geriatriska och mycket svårt sjuka patienter har dessutom det

gemensamt att de kan reagera på annat sätt än skolboken på läkemedel och uppvisa helt annorlunda symptom.

Varje enskild arbetsuppgifts krav på tänkande analyserades i relation till individens erfarenhet. Analysen tar hänsyn till hur mycket tid som ägnas åt respektive uppgift, och ger på det viset en profil för varje individ. I figur 4.10 visas medelvärden för varje yrkeskategori i vården. Det bör poängteras att profiler som bygger på medelvärden i så här små grupper inte kan generaliseras, de motsvarar inte heller någons hela verklighet.



Figur 4.10. Medelvärden för olika yrkeskategorier i den nu studerade gruppen vårdarbeten vad gäller krav på tänkande.

Hinder och förutsättningar för att kunna utföra arbetsuppgifterna var svårbedömda eftersom målet för arbetet inte var självklart. Brist på tid, personal och patientplatser samt korta vårdtider gjorde att det fanns hinder för att utföra arbetet med hög vårdkvalitet. Oklara ansvarsområden och svårigheter att få tag på rätt person när snabba beslut behövde fattas var andra exempel på hinder. I det dagliga arbetet löste de anställda ofta de problem som uppstod. Läkarna arbetade hela tiden under hög tidspress, men de var måttligt tidsbundna. Mer än hälften av sjuksköterskorna och undersköterskorna arbetade under hög tidspress.

Möjligheterna att påverka hur arbetet skulle utföras var ganska stora avseende patientkontakterna, men styrdes samtidigt av många fasta rutiner. Vårdarbetet kännetecknades av att det var svårt att påverka när arbetet skulle utföras och vad som skulle utföras. Detta styrdes mycket av patienternas behov. Dessutom var inflytandet lågt vad gällde övergripande förhållanden som arbetstider och resurstilldelning.

#### *Det interna perspektivet*

Det interna perspektivet baseras på intervjuer med studiepersonerna. Det som var negativt sammanställdes för sig och det positiva och konstruktiva för sig. I verkligheten fann vi både negativa och positiva uttalanden

vid alla enheter vi besökte och från samtliga studiepersoner. Följande förhållanden belystes i rapporten:

#### *Drivkrafterna och motivationen*

Vad ville de anställda med sitt arbete? Det var tydligt att drivkrafterna för arbetet var en mycket viktig resurs i organisationerna.

#### *Rummen*

Rumsbegreppet användes för att förstå hur de anställda betraktade den arbetsplats och den organisation man befann sig i. Varje yrkesgrupps "bild" av det organisatoriska rummet, det sociala rummet och processens rum sammanställdes.

I det *organisatoriska rummet* är:

- *Undersköterskan*: länken mellan människan/patienten och sjukvården
- *Sjuksköterskan*: spindeln i ett komplicerat nät av många funktioner
- *Läkaren*: beslutsfattaren över åtgärder om liv – död, sjuk – frisk
- *Paramedicinaren*: understödjaren av patientens väg tillbaka

I det *sociala rummet* är:

- Alla individer med behov av stöd, uppskattning och respekt

I *processens rum* utför:

- *Undersköterskan*: service och svarar på patientens/människans behov
- *Sjuksköterskan*: administration, problemlösning, medicinska åtgärder
- *Läkaren*: information, beslut, målinriktade medicinska insatser
- *Paramedicinaren*: utveckling av patientens förmågor och kontakter utåt

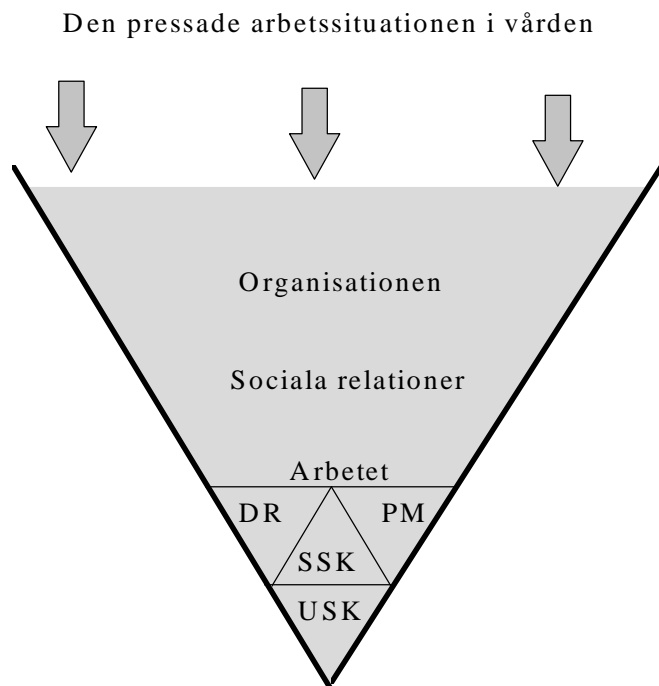
För samtliga yrkeskategorier tycks rummen framträda som otydliga. Det är som om alla förändringar inom sjukvården har resulterat i en osäkerhet om hur det sammanhang man verkar i egentligen ser ut, hur det egna yrket egentligen kan beskrivas, hur man ska få plats med sina ambitioner inom de ramar man har. Rummet har blivit främmande och personen i rummet är osäker på vilka regler som gäller, vilka bilder som framträder, vem man själv är som yrkesmänniska.

Otydligheten ger olika bilder för de olika kategorierna. Kanske kan de bilder som framträder sammanfattas i att undersköterskan hotas av att bli utanförställd, sjuksköterskan av att bli osynlig, läkaren av att bli ifrågasatt, och paramedicinaren av att inte få fotfäste. Och det man kämpar mot är att dessa hot ska förverkligas.

I intervjuerna kommer denna osäkerhet ofta till uttryck i en frustration och aggressivitet mellan yrkeskategorierna när man befinner sig i det organisatoriska rummet. Där kan läkare rikta sin frustration mot sjuksköterskor som ifrågasätter deras beslut, sjuksköterskor värja sig mot läkare och dra taggrådsstängsel mot undersköterskor när dessa träder in på deras revir, undersköterskor se en skarprättarbila i sjuksköterskans händer och sluta sig samman med sina gelikar. Allt medan paramedicinäre inte hittar dörren in i ett gemensamt organisatoriskt rum.

I det sociala rummet finns mycket samarbete och stöd i de nära och kända kontakterna, men där utanför finns otrygga och okända områden. Man anar motsättningar utanför den egna gruppen. "I min grupp är alla jättebra, men jag hör ju hur det är för andra". För dem som jobbar i många grupper framträder individerna, vissa är det mycket roligt att jobba med, andra inte. Erfarenheter av personligt samarbete och kännedom om den personliga kompetensen överbrygger motsättningar mellan kategorier.

Det är starka krafter som styr över vårdpersonalens arbete. Vi gjorde våra intervjuer under vintern och våren 1996, innan besluten om de stora nedskärningarna kom. Redan då framstod det organisatoriska rummet alltså som osäkert och motsättningsfullt. Det finns starka och gemensamma drivkrafter att vilja patientens bästa, motivationen är stor men utrymmet att göra nytta upplevs allt trängre och i alla yrkesgrupper finns känslor av att vara ifrågasatt. Arbetet kräver mycket samarbete men de sociala kontakterna blir svårhanterliga. Oro, ilska och frustration riktas främst mot andra yrkeskategorier, vilket tar mycket kraft, tid och det sänker engagemanget. När vården beskärs och rationaliseras slåss varje grupp för sitt eget berättigande snarare än att tillsammans göra det bästa av situationen.



Figur 4.11. En sammanfattning av situationen så som den framträder för oss. Det organisatoriska rummet är "öppet" uppåt, dvs. förutsättningarna och möjligheterna ges genom direktiv och beslut från politiker och högre chefer. "Tyngden" av organisationen utgör en press på det sociala samspelet. Friktionen mellan yrkeskategorierna ökar och utrymmet för att kunna utföra de egna arbetsuppgifterna minskar.

### *Hindren*

Vad är det då som kan hindra de anställda att utföra det som man uppfattar vara sitt arbete? Ur de intervjuades berättelser har vi identifierat några olika kategorier av hinder. Dessa hinder framstod som olika betydelsefulla för de anställda vid de fyra arbetsplatserna. Hindren beskrivs i fem illustrationer med citat från de intervjuade.

- a) *Pappersarbetet* i form av all dokumentation som ska utföras, t.ex. journaler, kvalitetskontroll, daganteckningar. Detta framställs i intervjuerna som ett tidskrävande hinder för att kunna hinna med själva patientarbetet, främst vid den geriatriska kliniken och vid sjukhemmet.
- b) *Oklara roller, ansvarsområden och motstridiga direktiv*. Detta hinder fanns i intervjuerna från alla arbetsplatserna, men i mindre grad vid de kommunala arbetsplatserna än de båda landstingsarbetsplatserna. Det handlar främst om oklarheter i ansvarsområden och arbetsfördelning mellan de olika yrkeskategorierna men också inom respektive yrkeskategori. Hit hör också de motstridiga direktiv man tycker sig få från högre chefer och politiker. De begränsade och minskade resurserna gör att konflikterna blir tydligare och större om vems intressen som prioriteras i det dagliga arbetet. Dessa typer av hinder utgör stora irritationsmoment och tar tid från patientarbetet.

- c) *Kontaktproblem.* Man har svårt att nå rätt person vid rätt tillfälle, få tid att diskutera och reda ut missförstånd eller ta upp problem eller idéer om förbättringar. Detta hinder hänger delvis samman med det förra. Det handlar också om hur organisationen ser ut. Det är stora arbetsplatser och verksamheten pågår dygnet runt.
- d) *Kompetens som inte tas tillvara.* Alla yrkeskategorierna tog upp att man hade kompetens som man uppfattade inte var uppskattad eller av andra skäl inte togs till vara i organisationen. Här fanns många starka känslor om ifrågasättande, att man inte var tillräckligt synlig eller respekterad. Och man förstod inte varför eftersom man själv tycker att den kunskap och de erfarenheter man hade var värdefulla i själva patientarbetet.
- e) *Ständiga förändringar.* Alla förändringar och rationaliseringar framstår i berättelserna som ett mycket stort hinder för en effektiv verksamhet. Här fanns starka känslor som handlade om att politiker inte förstår och inte ens bryr sig om att utvärdera tidigare förändringar. I och med att arbetet kräver mycket samarbete störs arbetet hela tiden av att man ska arbeta med nya människor man inte känner. Tilliten minskar osv.

### *Hotbilderna*

Detta avsnitt handlar om hot som de anställda upplever finns. Vilka föreställningar har man om hur vården kan komma att se ut? Tre bilder av olika typer av hot framträdde i analysen:

- a) *Att bli utsliten och utbränd.* Många är rädda för att inte orka, att bli utsliten och utbränd av den stora arbetsbördan. Att man inte ska räcka till.
- b) *Felhandlingar.* En annan hotbild handlar om rädslan att göra fel. Detta var särskilt tydligt i intensivvården där man använder mycket avancerad teknik. Tidspressen och nya arbetskamrater gör att ansvaret känns tungt och man är rädd för att göra fel.
- c) *Att patienterna inte får den vård de behöver.* Det tredje hotet handlar om patienterna. Att de inte kommer att få den vård de har rätt till. Det fanns många som hade tankar om detta som rörde samhällsekonomin eller hela vårdkedjan. Att det är kostsamt att patienter skickas hem för tidigt, att hemtjänsten eller husläkarna skickar patienter i onödan eller att tillfälligt sjuka får vänta i månader på behandling och är sjuk-skrivna när de skulle kunna arbeta om de fick behandling. Det handlade också mycket om de patienter eller boende man har hand om. Att vården inte har hög kvalitet, att själv behöva jobba på ett sätt som inte är bra för patienterna osv.

### *Konsekvenserna*

Arbetsituationen fick olika konsekvenser och påverkade såväl effektiviteten i arbetet som privatlivet negativt. Det handlade om ilska och konflikter, att gå undan, bära problemen inom sig och fundera på att söka annat arbete. Konsekvenser av arbetsituationen och olika sätt att hantera påfrestningar.

De intervjuade beskriver sig ofta som "bärare" av omsorgen om patienterna, att nedskärningarna inte ska drabba dem. Det är ett tungt ansvar, särskilt som engagemanget i patienterna är själva drivkraften i det egna arbetet. I intervjuerna beskrivs flera sätt att hantera hotet mot värdet i sitt arbete. De flesta handlar om individuella strategier. Det finns bara enstaka exempel på att man deltagit i konstruktiva diskussioner tillsammans med kollegor och ledning om problemen och vad man borde göra åt dem. Det finns inte tid, man har inte överblicken och man blir inte tillfrågad. Det verkar alltså inte finnas förutsättningar för kollektiva strategier att hantera svårigheterna.

Flera av de intervjuade berättade om att arbetsituationen får konsekvenser för privatlivet. För läkarna handlade det mycket om arbetstiderna, övertiden och den stora arbetsbelastningen.

*Läkare: "Men jag-, det är ju-, det är ju det som är det värsta med det här jobbet, det är att det är så mycket övertid. Det är ju faktiskt då en fördel barnen är kvällsmänniskor allihopa, de är ju uppe-, men om man säger. För att då hinner man ju i alla fall träffa dem... de har varit ovanligt friska faktiskt. Så att det-, det är väl om man säger vår räddning då."*

*Läkare: "Nej, nej detta är ju inte heltid och mer än heltid. Det är inte så att bara gå ner till sju-, 80% och få mindre att göra. Det är bara det att, visst du får mindre lön, visst får du gå hem halv tre om du vill några dar i veckan, men jag menar du ska göra samma jobb."*

*Läkare: "Jag kan inte bara gå va. Jag vet kan aldrig säga till min sambo jag går halvfem idag. För att när det väl är då -, då kanske vi har tre inskrivningar och patienterna är försenade va. Och det är jag som står som ansvarig om det händer nånting. Jag kan liksom inte bara säga att det där tar jag imorgon."*

*Läkare: "Nu är jag ganska nöjd. Ja, nu är det plus tre, fyra, fem timmar i veckan det är inte så farligt. Förut var jag ju kvar, sex halv sju varje dag. Plus att man har en resväg då på nästan en timme hem. Och det blir ju, jag menar hon går ju och lägger sig vid åtta va så att jag ser ju henne knappt"*

*Läkare: "Det är pest med jobbet. Synd att man inte är väldigt duktig konstnär eller författare eller, eller nånting sånt där, helt annorlunda, det skulle va underbart. Att slippa dom här arbetstiderna och göra som man vill"*

Även andra yrkesgrupper hade tankar om hur privatlivet kan påverkas av arbetstiderna och arbetsbelastningen.

*USK: "Då kände jag liksom när jag jobbade 100% så hann jag inte träffa varken man eller stora barn eller små barn. Och just att det här jobbet är fysiskt och psykiskt krävande, man är så slutkörd i huvudet när man kommer hem alltså. För jag var hemma först vid sex när jag jobbade heltid. Och sedan var det i princip liksom duscha av sig, äta lite mat, sedan var det läggdags för min minsta. ... Jag satt och pratade med min kära mor och tänkte liksom "vad är?", liksom jag kände mig, jag menar jag är 42 men jag kände mig som 60 alltså, jag var helt slutkörd alltså".*

Flera sjuksköterskor, men även undersköterskor och paramedicinare, förmedlade att det kan vara svårt att koppla av arbetet på fritiden.

*SSK: "Och sedan kan, ja, att man känner att man ger så mycket på jobbet, jag är helt jättetrött och jag orkar inte umgås med folk va när jag kommer hem, jag har jättemycket gulliga väninnor va som jag egentligen vill träffa. Men jag orkar inte. Jag vill inte. Så kommer lördagen och söndagen vet du och så, ja, så säger min man "ja, men ska vi inte bjuda hem någon?". "Nej, usch jag orkar inte." Man blir, äh, sliten, alltså förstår du, man vill bara vara ensam. Och du vet de där lediga dagarna, du vet det är ju liksom bara höjdare. Det är ju liksom räddningen.*

*SSK: "Man tar hem jobbet på kvällarna, sitter och skriver. Det är så mycket såna här administrativa arbeten som man gör hemma."*

*PM: "Ibland tänkte jag komma och jobba gratis här för att hinna skrivarbetet. Komma under helgen och jobba, Men sen tänkte jag att hela veckan är jag här, man behöver lite frihet liksom."*

*USK: "Jag vill helst vara ifred, det är klart, emellanåt då, jag blir liksom aggressiv, jag blir arg. Men jag vill inte att det ska gå ut över honom och då vill jag vara för mig själv och tänka igenom, bearbeta det på det sättet. Därför tycker jag att det är ju så onödigt allting."*

Några personer tar upp att man ser det som svårt eller omöjligt att kombinera detta arbete med att ha barn.

*"Jag har inga barn. Det har man ju svårt att se hur man skulle orka med. Jobbet gör ju att man blir ju ganska trött utav. Man är ju väldigt slut när man kommer hem."*

#### *Det goda arbetet – lagandan och drivkraften*

I berättelserna fanns också en hel del om att arbetet är lustfyllt och effektivt. Många beskrivningar lyfte fram "flytet" när allas kompetens och



erfarenhet tas tillvara, när man känner varann och vet vad var och en kan. Det är en bild av glädjen att spela med i ett välfungerande lag.

Men kanske ännu starkare hänger upplevelsen av det goda arbetet samman med vad som framstår som den starkaste och för alla gemensamma motivationen: Att vara till nytta för patienten. Så länge det finns utrymme att ge de människor man är till för att vårda vad de behöver, så länge meningen med arbetet är möjlig att urskilja, så länge den drivkraften finns, kan vårdarbetet också vara det goda arbetet.

*”Man vill också att det ska bli så bra som möjlig för patienterna. Att man kan ordna så mycket som möjligt för dem. För mår de bra och vi gör ett bra jobb så mår man ju bättre själv också.”*

## Sammanfattning

Under hela 1990-talet har stora förändringar förekommit i offentlig sektor. Många beslut fattas på högre nivåer i organisationen och i verksamhetens omvärld vilket medför svårigheter för operativa chefer att planera och dimensionera verksamheten och utgöra ett stöd för de anställda. Samtidigt som det ofta finns krav på minskade kostnader för verksamheten ska den omorganiseras och nya produktionssystem och administrativa rutiner ska implementeras.

Oavsett om självskattade eller externt bedömda arbetsförhållanden analyserades, framstod arbeten i Välfärdssektorn (och särskilt vården) som problematisk vad gällde arbetsbelastning, tidspress och hinder för att utföra arbetet. Såväl fysisk som mental överbelastning var vanlig, särskilt bland kvinnorna. I Välfärdssektorn där många kvinnor arbetar, kan utvecklingen snarare betecknas som en nedkvalificering och en mental och fysisk överbelastning som riskerar att motverka arbetets positiva sidor såsom stimulans, meningsfullhet och känslan av att göra något gott för andra. De nya arbetsuppgifterna och den ökade arbetsbelastningen ger allt mindre utrymme för de professionella grupperna att använda och utveckla sina kunskaper. Istället går mycket tid åt till administrativa, serviceinriktade och fysiskt krävande arbetsuppgifter.

Sammanfattningsvis visar resultaten från MOA-projektet att polariseringen mellan dem som har goda, utvecklande arbeten och dem som har påfrestande arbeten ökar. Försämringar sker framförallt i vissa verksamhetsområden som i offentlig sektor och i privata service och tjänstesektorn.

## Referenser

- Giertz E. (1999). Kompetens för tillväxt. Verksamhetsutveckling i praktiken. Celemi, Malmö.
- Härenstam A et.al. (1996). Lust att vårda eller vårdförlust. En studie av vårdarbete ur ett internt och externt perspektiv. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1996:9, Stockholms läns landsting.
- Härenstam A, Ahlberg-Hultén G, Bodin L, Jansson C, Johansson G, Johansson K, Karlqvist L, Leijon O, Nise G, Rydbeck A, Schéele P, Westberg H, Wiklund P (1999a). Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor? Resultat av analyser med personansats samt utveckling av analysmodeller för befolkningsstudier. Slutrapport I, MOA-projektet. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1999:8, Stockholms läns landsting.
- Härenstam A, Ahlberg-Hultén G, Bodin L, Jansson C, Johansson G, Johansson K, Karlqvist L, Leijon O, Nise G, Rydbeck A, Schéele P, Westberg H, Wiklund P (1999b). Beskrivning och utvärdering av variabler om arbets- och livsvillkor. Resultat av analyser med variabelansats samt kvalitativ och kvantitativ enkätfrågeprövning. Slutrapport II, MOA-projektet. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1999:9, Stockholms läns landsting.
- Härenstam A, Ahlberg-Hultén G, Bodin L, Jansson C, Johansson G, Johansson K, Karlqvist L, Leijon O, Nise G, Rydbeck A, Schéele P, Westberg H, Wiklund P (1999c). Urvalsstrategier, studiegruppen och forskningsprocessen. Slutrapport III, MOA-projektet. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1999:12, Stockholms läns landsting.
- Härenstam A, Westberg H, Karlqvist L, Leijon O, Rydbeck A, Waldenström K, Wiklund P, Nise G, Jansson C. Hur kan könsskillnader i arbets- och livsvillkor förstås? Metodologiska och strategiska aspekter samt sammanfattning av MOA-projektets resultat ur ett könsperspektiv. *Arbete och Hälsa* Nr 2000:15.
- Karasek R & Theorell T (1990). *Healthy Work*. Basic Books, Inc., Publishers, New York.

## Diskussion och slutsatser

Under 1990-talet har vårdarbetet genomgått stora förändringar, som in-  
neburit stora konsekvenser för de anställda. Förändringarna har haft olika  
syften och skett i ett högt uppskruvat tempo och utan en övergripande  
helhetssyn. Syftet med förändringarna har inte varit klart uttalat för alla  
samtidigt som de anställda haft små möjligheter att påverka planering och  
genomförande. Resurserna till vården har minskat. Syftet med föränd-  
ringarna har varit att minska vårdkostnaderna samtidigt som detta inte  
fick påverka vårdkvaliteten. Effektiviseringen skulle genomföras med  
marknadsanpassade modeller och konkurrens mellan olika vårdprodu-  
center, vilket lett till att allt större delar av vårdverksamheten har privati-  
serats.

Förändringar har berört vård och omsorg såväl i landet som helhet  
med nya reformer och avtal som lokalt i Stockholms län med nya styr-  
modeller i landstinget och kommunerna. En minskande ekonomi har gjort  
att en generell förnyelse av offentlig verksamhet samtidigt haft syftet att  
effektivisera. Under en 6-årsperiod har sex reformer genomförts, som  
berört nationell vård och omsorg förutom avtal kring samverkansformer  
och vårdgaranti. I Stockholms län har skett en kraftig inriktning mot nya  
marknadsanpassade styrmodeller med beställare-utförare, konkurrens,  
entreprenadisering och decentraliserat beslutsfattande. Förändringarna  
har beskrivits som de mest omfattande någonsin inom landstinget och de  
26 kommunerna men också bedömts som mer omfattande i sin mark-  
nadsanpassning än de förändringar som skett i andra landsting och kom-  
muner.

Hälso- och sjukvård i Sverige har traditionellt varit baserad på starka  
hierarkiska modeller, där varje nivå i hierarkin haft en klart uttalad roll  
och ett tydligt ansvar. Nackdelarna med det hierarkiska systemet var  
långa beslutsvägar men det innebar också en trygghet för personalen i  
rutiner och invanda mönster att utföra sina arbetsuppgifter. Vårdprodu-  
ktionen har skett i ett socialt sammanhang där arbetsgrupper över tid varit  
relativt stabila. Den nedbrytning av det hierarkiska systemet, som skett  
genom att man försökt decentralisera ansvar och beslut och öppnat för  
mer marknadsanpassad styrning, konkurrens och privatisering har föränd-  
rat ansvarsfördelning och chefsfunktioner. Detta har inte plattat ut hierar-  
kin utan i stället skapat obegriplighet och osäkerhet över vad som händer  
och förvirring och oklarhet i nya roller och ansvarsområden bland den  
personal, som ska producera vård och omsorg. Ansvaret har decentralise-  
rats men befogenheterna i relation till ansvaret släpat efter.

Vårdens personal har saknat förutsättningar för att få överblick över  
helheten för att kunna förstå skeenden och sammanhang. Förändrings-  
målen har blivit otydliga för personalen, eftersom delaktighet i föränd-

ringarna saknats. Ledningsfunktioner och ansvarsområden har försvunnit eller ersatts av nya. De övergripande intentionerna har ständigt omvärderats, ibland uppfattats som motsägelsefulla och upprepat följts av omvägningar och nya omorganisationer. Ingen har varit opåverkad av vad som skett. För en del av personalen har bristen på begriplighet gjort arbetet ohanterbart, vilket lett till att arbetet blivit mindre meningsfullt. För andra har det nya varit en utmaning, som öppnat nya vägar och möjligheter. Att ständiga förändringar och rationaliseringar har uppfattats som hinder för effektiv verksamhet visar MOA-studien, som pekar ut välfärdssektorn som den del av arbetsmarknaden, som genomgått mest organisationsförändringar under senare år och där personalens arbetsvillkor ofta försämrats. Alla förändringar har skett parallellt med personalnedskärningar samtidigt som vårdbehoven ökat av att befolkningen blir äldre.

Vårdverksamheten i Stockholmslandstinget, hos de 26 kommunala huvudmännen samt i entreprenader med en komplex mångfald av verksamheter, personal, arbetsuppgifter och förutsättningar, har beskrivits som ett kommunicerande kärn, vilket innebär att en neddragning eller förändring av verksamhet eller personalstyrka inom en enhet, vårdgren eller ett geografiskt område, kan förväntas ge konsekvenser för andra delar i systemet.

## Förändrade mönster i information och sociala kontakter

Socialstyrelsen har pekat på hälso- och sjukvården som en utpräglad nätverksorganisation, byggd på samverkan och samarbete mellan enheter och mellan vårdgivare. När organisations- och personalförändringar av så stor omfattning sker, bryts befintliga väl inarbetade nätverk, arbetsteam och vårdkedjor sönder, vilket leder till slöseri med tid och investerad kompetens för verksamheten, en sämre kvalitet för patienten och minskad effektivitet för systemen. Flera av de empiriska studierna i rapporten bekräftar bilden av splittrade arbetsgrupper, störda kontaktnät, ständiga chefsbyten och svårigheter att nå chefer, annan personal eller andra verksamheter. Brister i stöd, samarbete och samverkan mellan personal, mellan verksamheter när man behöver och mellan medarbetare och ledning har ryckt undan tryggheten för många.

Förändringarnas omfattning och konsekvenser för olika kategorier vårdpersonal, verksamheter och huvudmän är svåra att samla till en helhetsbild bland annat beroende på olika information eller luckor i uppföljningssystemen. Vårdpersonal har bytt huvudman inom den offentliga sektorn och från offentlig till privat arbetsgivare. 1999 uppskattas sjukvårds- och äldreomsorgspersonal i privata bolag till en tredjedel av öp-

penvården, en fjärdedel av särskilda boenden och en dryg femtedel av hemtjänsten. Som den största yrkesgruppen finns var femte av Stockholms läkare i privat verksamhet. Byte av arbetsgivare, chef, arbetsplats, arbetskamrater, arbetssätt, och/eller arbetsuppgifter utgör en klar risk för förändringsstress oberoende av om arbetsvillkoren förbättrats eller försämrats.

För Stockholmslandstinget har antalet anställda minskat från nästan 67 000 1990 till knappt 38 000 1998. Enligt landstingets siffror har undersköterskor minskat med drygt hälften och vårdbiträden med 80% under perioden medan sjuksköterskor ligger på konstant nivå och läkare ökat obetydligt. Andra grupper som reducerats är skötare, städpersonal och administrativ personal. Bortsett från personalflyttningar i samband med Ädelreformen, minskade landstingspersonalen 1990–93 med 12 000 och med cirka 3 200 perioden 1996–98. En tidigare ”övertalighet” har mot slutet av 10-årsperioden vänt till en ökad personalbrist och stort och ökande rekryteringsbehov främst av läkare och sjuksköterskor. Risken för att bli arbetslös har därmed minskat under senare delen av 90-talet och är 1998 lägre i vården än i andra yrken i Stockholms län.

I allt fler fall måste personalbristen lösas med korttidsinhyrd personal, en kostnad som ökar för sjukvården i Stockholm (117 mkr 1999). Inhyrd personal liksom entreprenader med visstidskontrakt bygger båda på att anställda lätt kan ersättas. Ofta invägs inte de ekonomiska förluster och mänskliga kostnader, som omfattas av kompetensförlust för organisationen, otydligt ansvar för korttidsanställdas utveckling och lärande, otryggheten i att vara korttidsanställd, med hot om arbetslöshet och ständig anpassning till nya arbetsplatser, svårigheten att hålla samman arbetsgrupper samt förlusten av det sociala stödet. Vidare medför detta sämre kontinuitet i patientkontakten, vilket är en brist för vård och omsorgskvaliteten. Särskilt i äldreomsorgen har personalomsättningen varit omfattande.

## Förändrad arbetsbelastning

Som konsekvens av personalförändringarna är det allt färre, som vårddar/hjälper allt fler på allt kortare tid. Flera studier, både empiriska studier, som redovisats i rapporten och annan dokumentation av vårdarbetets villkor, visar att arbetskrav och arbetsbelastning är mycket hög och växande. Personalbristen har ökat tidspress, arbetstakt och övertid och varit ett klart hinder för många att utföra ett effektivt arbete, som innefattar att man även är nöjd med resultatet. Arbetsuppgifterna ryms inte inom normal arbetstid och övertiden både på arbetet och hemma har ökat för chefer. Hög arbetstakt och ökande arbetsbelastning är trenden i en utveckling, som sker i vården men också i arbetslivet generellt och inte bara i

Stockholms län. 70% av vårdanställda i Stockholm anser sig ha alldeles för mycket att göra. Andelen har ökat under 90-talet för både vårdtjänstemän och vårdarbetare. Detta gäller Stockholms läns landsting i samma utsträckning som andra landsting och tycks inte vara kopplat till styrmoddell. Stockholm har fått en ”snabbare” slutna landstingsvård och en allt tyngre dygnet-runt-vård i äldreomsorgen.

Under 90-talet har arbetsuppgifter med dokumentation ökat samtidigt som en mängd administrativa rutiner i vården datoriserats. På många arbetsplatser har man inte haft beredskap, tillräcklig kompetens eller stöd att hantera dessa rutiner och tekniska hinder har varit vanliga i sämre fungerande organisationer. Avsikten med datorisering är att på sikt avlasta och ge mer tid men kan initialt medföra problem som belastar i stället för att vara tidsbesparande.

Belastningen, kraven och den höga arbetstakten ökar i sin tur risken för arbetsskador och misstag, som i sin tur kan påverka vårdkvaliteten. Den allt snabbare arbetstakten har gjort att personalen pressats att snabbt ta svåra beslut. Detta medför en ständig rädsla hos personalen att göra fel eller att inte räcka till för patienten och många lider av att se patienter fara illa och skuldbelägger sig själva.

## Arbete och hälsa

Den tid man haft för eftertanke, kreativitet och återhämtning av krafterna har minskat. Återhämtningen är viktig för att inte öka stressreaktioner och ohälsa. Att ohälsan, framför allt den arbetsrelaterade psykiska ohälsan, ökar tyder sjukfrånvarostatistik av långtidssjuka och arbetsskador av organisatoriska och psykosociala skäl på. Frånvaron har ökat mer för kvinnor än män. Även RFV:s riksstudier av sjukfrånvaro lyfter fram vårdens anställda som en riskgrupp, där sjukfrånvaron ökar. Vårdanställda har också högre sjuknärvaro, vilket på sikt kan öka frånvaron än mer. Trenden är dessutom att ökningen är mera påtaglig för högutbildad personal. Det är just inom denna grupp, t.ex. läkare och sjuksköterskor vi ser störst försämringar av arbetsvillkoren och en ökning av ohälsan. Läkare och sjuksköterskor är grupper där arbetssjukdomar enligt Yrkesinspektionen ökar mest i Stockholm. Empiriska studier i kapitlen 4, 9 och 10 visar på ett tydligt samband mellan sämre arbetsvillkor och ökad ohälsa. Kommande rekryteringsbehov av både läkare och sjuksköterskor pekar på att bättre arbetsvillkor, som minskar ohälsan framstår som ekonomiskt lönande.

Omorganisationer har varit vanligare i offentlig sektor och upprepade omorganisationer har haft en koppling till försämrade arbetsvillkor. Inom landstinget har 1998 70% av vårdtjänstemännen och 60% av undersköterskorna upplevt omorganisation under senaste året. Arbetsbelastningen

har varit den mest omfattande konsekvensen och tidspressen har ökat oftare bland vårdanställda än i yrken utanför vården. Inom vården har gapet mellan bättre och sämre arbetsvillkor ökat, vilket resulterat i större hälsoskillnader.

## Olika konsekvenser för olika grupper

Läkare som grupp rapporterar största försämringen av arbetsvillkoren med ökad arbetsbörda, tidspress och övertid (se kap 9 och 10) och samtidigt mindre resurser i form av utveckling, inflytande, stöd och delaktighet med stora konsekvenser även för egna privatlivet. För sjuksköterskor och undersköterskor kompenseras den ökade belastningen något oftare av bättre resurser. Läkare framträder som förlorare i flera av de studier som redovisas här. Detta framgår särskilt tydligt i studier, där klusterteknik använts, vilket innebär att man studerar personalgrupper med likartade arbetsvillkor oberoende av yrke. Tendensen är att olika grupper inom läkargruppen har olika utveckling över tid. Läkare i slutenvård är en hindrad grupp liksom läkare i primärvården. Många läkare återfinns bland den personal, som har sämst psykosociala arbetsförhållanden och som fått störst försämring av arbetsvillkoren från 1994 till 1998 med motstridiga krav, mycket övertid och dålig sammanhållning och den grupp där inflytandet minskat mest. Läkare är också överrepresenterade bland anställda som försämrat arbetshälsan.

Studien av ett sjukvårdsområde 1998 ger stöd för att olika läkar- och sjuksköterskegrupper har bra respektive dåliga arbetsvillkor. Många läkare och sjuksköterskor återfinns bland dem som arbetar i ett organisatoriskt kaos eller är överbelastade och resignerade. Båda dessa grupper har stor andel personal från primärvård och vårdcentraler. Hit koncentreras också mer av ohälsan och här finner man den största risken för utbrändhet. Andra läkare finns i den grupp som har hög delaktighet och kontroll och som har en god hälsa bortsett från mindre ryggbesvär. Gruppen innehåller fler äldre med längre arbetserfarenhet och många med ledningsansvar. Många kommer från administrativa arbetsplatser och har ofta mindre direktkontakt med patienter. Motsvarande skiktning har påvisats för sjuksköterskor. Vissa sjuksköterskor arbetar tillsammans med undersköterskor i den goda arbetsmiljön, främst vid små arbetsplatser. Vi kan vidare se att chefer generellt, även om de är högst belastade av arbetsbörda, har mer resurser av delaktighet, inflytande, utvecklingsmöjligheter och stöd för att hantera kraven och detta medför att hälsan är bättre. Administrativa chefer finns ofta i grupper med bra arbetsvillkor. Sämst arbetsvillkor och också sämst hälsa har sjuksköterskor med och läkare utan ledningsansvar samt servicepersonal. Kvinnliga läkare har fortfarande 1998 hög grad av psykisk ohälsa. För både läkare och sjuksköterskor är

detta vanligare än för tjänstemannayrken utanför vården. Vi kan se att många av dessa läkare finns i primärvården

Det verkar finnas en tendens att grupper med nära patientkontakt liksom servicepersonal har fått sämre arbetsförhållanden i den nya vårdorganisationen. Även om undersköterskor och mentalskötare ofta finns i grupper med sämre arbetsvillkor, finns många av dem i goda arbetsmiljöer där också en stor andel av administrativa medarbetare finns. Det förefaller också som om mindre arbetsplatser som MVC, BVC, PAH och Sjukgymnastenheter har lättare att hantera nya arbetsvillkor eller mera kan råda över sin arbetssituation.

Det tunga arbetet i vården för många undersköterskor och vårdbiträden finns kvar ganska oförändrat. Den fysiska belastningen är vanligare i vissa vårdyrken än i övriga yrken, betydligt vanligare hos t.ex. undersköterskor även om besvär från nacke, axlar och rygg i stort sett varit oförändrade under 90-talet. Vi kan se att den fysiska belastningen främst finns koncentrerad till geriatrikens undersköterskor och sjuksköterskor med mera tunga lyft, svåra arbetsställningar och trånga arbetsutrymmen. Ryggbesvär är vanligast hos sjuksköterskor undersköterskor och servicepersonal men förekommer även hos administrativ personal, t.ex. läkarsekreterare och laboratoriepersonal. Den sämsta fysiska arbetsmiljön finns bland gruppen ”överbelastade och resignerade” i produktionen, där all slag av ohälsa är störst. I flödesgrupper från 1994 till 1998 tycks belastningsbesvär ha fördubblats i de grupper som fått en försämrad arbetsmiljö medan den psykiska ohälsan minskat vid förbättrade arbetsvillkor om man följer grupper från 1994 till 1998. Hot och våld är arbetsmiljörisker främst i psykiatrien men även för geriatrikens undersköterskor och sjuksköterskor.

Det finns en tendens till skiktning av arbetsvillkoren inom yrkesgrupper på så sätt att det i alla yrkesgrupper finns vissa, som har bra och andra som har dåliga arbetsvillkor. Detta innebär att det blir allt svårare att identifiera riskgrupper genom att studera yrkestillhörighet i befolkningsstudier enligt traditionella metoder. Detta förklarar varför studier på olika datamaterial och med olika uppläggning i den här rapporten inte alltid kunna påvisa liktydiga resultat vad gäller riskgrupper. I svensk såväl som internationell stressforskning har Karasek-modellen haft stor betydelse för sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa. Modellen har visat att beslutsutrymme, dvs. kontroll/inflytande och stimulans i arbetet tillsammans med socialt stöd utgör viktiga faktorer för att möta höga arbetskrav och hög arbetsbelastning. Låg kontroll och små utvecklingsmöjligheter kombinerat med en krävande arbetssituation samt, särskilt för kvinnor, i kombination med ett bristande stöd är kriterier för högstressarbete, som starkt relaterar till olika slag av ohälsa. Stöd, inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet är därför resurser, som kan balansera höga krav



och hög arbetsbelastning. Konsekvenser av en ökad stress drabbar inte bara enskilda individer eller kontinuiteten i arbetsgrupper och verksamheter utan på sikt hela organisationen och i förlängningen samhället med ökade kostnader för sjukfrånvaro, arbetsskador, rehabilitering, arbetslöshet och minskad produktivitet och effektivitet.

## Arbetsledning

Ett försämrat stöd från chefer för både chefer och medarbetare, som har påtalats i flera av studierna tycks delvis vara en följd av splittringen och upprepade byten på chefsposter men också på att ledarskapet blivit mer otydligt på alla nivåer. Tanken med decentralisering har varit att lägga mer av ansvar och beslut på verksamheterna. Detta har lett till att man långt ner i organisationen pålagts ett stort ansvar, som i realiteten är kombinerat med otydliga befogenheter. Chefer på lägre nivåer ges små utrymmen inom ramen för de övergripande besluten. Verksamheten styrs av politiska beslut medan kritik ofta riktas mot tjänstemän. Mellanchefer har delegerats den mycket svåra uppgiften att balansera den tilldelade budgeten mot verksamhetens utveckling och mål, särskilt om man, som ofta varit fallet, känt låg delaktighet i beslut och genomförande. Många sjuksköterskor i chefsställning har fått en sämre arbetsmiljö antingen beroende på organisatoriska problem eller av stor överbelastning. I båda fallen finns ett starkt samband med ohälsa. Decentraliserad styrning i kombination med målstyrning kan både öka frihet och inflytande och användas för att kontrollera verksamheter med hjälp av resultatmätning. Enligt resultaten från MOA-projektet är oklara roller och ansvarsområden och motstridiga direktiv från chefer och politiker vanligare i landstingsvården än i den kommunala omsorgen.

## Styrsystem och inflytande

Inflytandet har i flera av studierna visat sig vara lågt i relation till arbetskraven och arbetsbelastningen, inte bara hos chefer utan även hos medarbetare. Ansvaret har ökat betydligt mer än inflytande och befogenheter. En stor roll spelar det faktum att Stockholms vårdanställda inte känt delaktighet i förändringarna. Delaktigheten har minskat mest för kvinnliga läkare. Delaktigheten har ofta påvisats som en nyckelkomponent i interventionsforskning och är en absolut nödvändighet för att nå framgång i förändringsarbete. En låg och minskande delaktighet har påpekats både i intervjuer och enkätstudier bland både medarbetare och chefer. Inflytandet hos vårdens anställda har dessutom minskat över tid för vissa grupper. 90% av manliga och 80% av kvinnliga vårdanställda i Stockholm kan inte bestämma när arbetet ska utföras, vilket är en stor skillnad jäm-

fört med andra yrken. Som jämförelse kan nämnas att tjänstemän i Stockholmslandstinget har mindre möjligheter än arbetaryrken utanför vårdsektorn. Mycket talar för att detta skulle kunna vara en effekt av den nya ekonomistyrningen. Inflytande har en betydligt sämre utveckling under 90-talet just i Stockholm som ett av de mest utpräglade beställarutförar-landstingen jämfört med en grupp av mera traditionellt styrda landsting. En negativ utveckling har skett för sjuksköterskor och läkare medan undersköterskorna upplevt samma brist på inflytande hela 90-talet. Liknande signaler ger frågan om man deltar i beslut och uppläggning av arbetet, där sjuksköterskor och läkare i Stockholmslandstinget upplevt en betydande försämring från 1995 medan läkare i traditionellt styrda landsting i stället upplevt en avsevärd förbättring under motsvarande period. Särskilt utsatta är läkare utan ledningsansvar, som har fått ett tyngre ansvar och med högre krav och belastning men inte ökat inflytande och befogenheter i samma utsträckning.

## Kompetens

Kompetensfrågorna tillhör de frågor som ansetts angelägna och som man ägnat stor uppmärksamhet inte bara i Stockholm utan i vården som helhet. I det avseendet har man också följt lagstiftningen, som menar att vården ska ha en kompetent personal. Satsningen har inriktats såväl på internt och externt kompetensutvecklingsutbud som på utvecklingsprojekt inom vården. Kunskap från utvecklingsprojekt i vården behöver större spridning för att erfarenheter ska kunna överföras och användas som förebilder för andra verksamheter. I början av 90-talet påtalades att 60% av det lokala utvecklingsarbetet aldrig redovisats utåt.

De empiriska studierna visar att möjligheterna att lära nytt och utvecklas varit goda och i nivå med andra yrkesgrupper utanför vården. Trots stora ambitioner, upplever personalen inga stora förändringar medan skillnaderna mellan olika grupper hela 90-talet varit och fortfarande är stor. Administrativ personal, främst chefer har haft god tillgång till kompetensutveckling. Både läkare och sjuksköterskor har bättre tillgång till lärande än undersköterskor och yrkesgrupper utanför vården medan undersköterskor hela tiden haft sämst möjligheter. En tillfällig förbättring för undersköterskor och vårdbiträden kring 1991, sammanfaller med införandet av Stockholmsmodellen och kan ha haft samband med tillfälligt kompetenshöjande insatser för vårdbiträden. Från 1995 beslöts att lägsta kompetensnivån i landstinget skulle vara undersköterska, varför vårdbiträden nästan helt försvann. Problemet för de lågutbildade grupperna, framför allt undersköterskor, tycks inte ha varit tillgång till kompetensutveckling i betydelsen utbud utan i stället brist på tid att utveckla sig till följd av hög och ökande arbetsbelastning och tidspress som följd av den

höga personalbristen. Flera av de empiriska studierna bekräftar detta. I valet mellan egen utveckling och patientens bästa, har man valt eller tvingats välja att vara tillgänglig för patient/vårdtagare.

Lika viktigt som att utvecklas och lära nytt är att få använda hela sin kompetens. I samband med personalnedskärningarna inom landsting och kommuner, har främst vårdbiträden och undersköterskor lämnat vården medan läkar- och sjuksköterskegrupper varit mer intakta. Den ökade proportionen läkare och sjuksköterskor bland vårdpersonal har ibland uppfattats som en kompetenshöjning för vården. Eftersom arbetsuppgifterna kring omvårdnad och omhändertagande av patienten kvarstår, kan kompetenshöjningen i vården i stället innebära underutnyttjande av sjuksköterskornas kompetensnivå. Av intervjuer med läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinare i kapitel 4 framgår att arbetsfördelning och ansvarsområden är oklara mellan men även inom yrkesgrupper. Samtliga yrkesgrupper anser sig ha kompetens som inte uppskattas eller tas tillvara i organisationen. Intervjuerna bekräftar att de nya arbetsuppgifterna och den ökade belastningen ger allt mindre utrymme för professionella grupper att använda och utveckla sin kompetens. I stället går mycket tid åt till administrativa, serviceinriktade och fysiskt krävande arbetsuppgifter. En chefsjuksköterska använder 70% av sin arbetstid till personaladministrativt arbete och mycket lite till den egentliga professionen, omvårdnad.

## Vårdens drivkraft

På många håll har arbetet utvecklats i fel riktning och inte mot vad forskningen avser med det goda arbetet, d.v.s. arbetsvillkor som är av betydelse för att främja en god arbetshälsoutveckling. I stället tycks gapen mellan goda och dåliga arbetsvillkor öka för vård- och omsorgspersonal, något som verkar ha mindre med yrkesgrupp att göra än tidigare. Olika studier tyder på att framför allt patientnära grupper haft sämre utveckling av arbetsvillkoren. För dem är också personalbristen mest hindrande. Även om man idag talar mindre om vårdrket som ett kall, utgör patienten eller äldreomsorgens gamla för många vårdanställda drivkraften, som gör vårdarbetet meningsfullt. Ansvar för att en tredje person inte ska komma i kläm eller fara illa, gör att personalen tänjer sina krafter till det yttersta. Det är också från patienten man oftast får bekräftelse och uppskattning för sina arbetsinsatser. De små möjligheterna till paus och återhämtning för personalen gör att belastningen och stressen till slut blir övermäktig och leder till ohälsa. Allt fler vårdtjänstemän i Stockholm jämfört med i riket, har svårt att koppla av efter arbetet och möjligheten att förena arbete och privatliv har minskat för de flesta, främst kvinnliga läkare.

## Vad kan göras bättre?

Mycket tyder på att personalstruktur, personaltäthet och de nya marknadsmodellerna har haft stor betydelse för personalens arbetsvillkor. Införandet av nya modeller med helt nya sätt att arbeta och organisera arbetet och verksamheten kräver i stället för en reduktion mer personal för att ge tid och utrymme för att hantera och lösa de dagliga problemen och för att ge möjlighet till eftertanke. Förnyelse i sig kräver resurser och utvecklingen har i stället motverkats av samtida besparingsåtgärder. Den höga förändringstakten behöver bromsas och kortsiktiga mål ersättas med andra mera långsiktiga, som är hållbara även över politiska majoritetsbyten. Tydligheten kring ansvarsområden och befogenheter på olika nivåer måste bli bättre för alla. Mellanchefer behöver mer utveckling och stöd i arbetsmiljö- och personalfrågor och bättre stöd från övergripande nivåer i sin verksamhetsutveckling.

Det är viktigt att främja stödresurserna genom att vårda befintliga nätverk och arbetsgrupper. Konkurrenter måste ersättas med samarbete och samverkan för att uppnå målen med svensk vård och omsorg. Det nya ledarskapet har en stor uppgift i att främja personalens utveckling och hälsa och att skapa förutsättningar för samarbete och samverkan för att gemensamt driva utvecklingen och uppnå målen. Effektivt vård och omsorgsarbete bygger på konstruktivt samarbete och stark laganda. Delaktigheten är viktig både för personalens arbetshälsa och för verksamhetens effektivitet. Rapportens slutsatser kan sammanfattas i följande viktiga punkter:

- Spara på omorganisationerna – skapa arbetsro och trygghet, ge mer tid för eftertanke och återhämtning
- Övergripande och prioriterade mål för vård och omsorg måste bli tydligare. Eftersträva helhetsperspektiv och långsiktig politisk enighet i målen
- Huvudmännen måste medverka till att förbättra dialogen mellan olika nivåer och intressenter och återskapa tillit genom möten och samrådsgrupper över gränserna. Underlätta dialog och kommunikation genom att bygga broar och skapa gemensamma forum och mötesplatser
- Se över vårdkedjor inte bara ur patient utan också ur personalperspektiv
- Prioritera på verksamhetsnivå vad verksamheten ska arbeta med och dimensionera personalen efter verksamheten
- Kvalitetssäkring kan användas för helhetssyn, mål och prioriteringar. Använd målstyrning och kvalitetssäkring som ett verktyg för att gynna verksamhetens utveckling men lyft in personalens arbetsmiljö och hälsa som en del av kvaliteten

- Se över kompetensbehovet för verksamheten. Gör utveckling tillgänglig för alla personalgrupper och använd den kompetens som personalen redan har på ett sätt som gynnar både personal och verksamhet
- Yrkeskompetens ger identitet och gör arbetet meningsfullt. Låt vårdutbildade arbeta med vårdens kärnverksamhet och inrätta stödfunktioner för övriga arbetsuppgifter
- Utveckla bättre stöd för mellanchefer och tydliggör ansvar och befogenheter. Beslutsnivåerna måste bli tydliga och befogenheterna balansera ansvaret
- Ge chefer mera kunskap om arbetsmiljöfrågor för att främja hälsa hos personalen – hur man vårdar humankapitalet så att arbetsmiljöfrågorna inte hamnar mellan stolarna. Personal som får orimlig arbetsbörda måste uppmärksammas i tid.
- Använd kollektiva strategier – alla är delar i det pussel som ska läggas för att driva verksamheten effektivt. Närheten till ledningen är viktig för att skapa bättre dialog mellan ledning och medarbetare. Personalen behöver stöd för att våga ta initiativ. Låt alla vara delaktiga i förändringsarbetet, skapa vi-känsla och samarbeta över yrkesgränser. Ge medarbetare beredskap – begriplighet och tid – att medverka i förändringar. Vård och omsorg bygger på lagarbete – ge förutsättningar och stöd för en förbättrad laganda. Ge incitament och belöna bra insatser
- Landstinget bör medverka till bättre samverkan genom att bilda stöd- nätverk över yrkes- och verksamhetsgränser
- Vårdeffektivitet är inte likvärdigt med vårdproduktivitet. Att arbeta fort men med fel saker ökar kvantiteten men inte nödvändigtvis kvaliteten.
- Se över och förenkla dokumentationen för att minska pappersflödet
- Tänk på användaren vid datorisering. Tid behövs för att ta till sig nya kunskaper om hur man ska använda verktygen. Fungerande datorstöd är en förutsättning för att undvika tekniska hinder. Datorer måste finnas tillgängliga för alla som förväntas arbeta med datoriserad administration och dokumentation
- Splittring, konflikter och kompetensrevir leder till stort spill av energi och att var och en värnar om sitt eget. Privatisering av enskilda verksamheter kan försvåra samarbete och samverkan med annan vårdverksamhet. Landsting och kommuner måste ta övergripande ansvar för samverkan mellan vårdverksamheter för att förbättra vårdkedjor
- Bättre arbetsvillkor ger mindre arbetsskador, mindre sjukfrånvaro och mer meningsfullt arbete för personalen. Att värna humankapitalet är en ekonomisk investering

Vårdarbete har stora förutsättningar att utgöra det goda arbetet. Det är mer stimulerande, kreativt, utvecklande och meningsfullt än de flesta andra arbeten. Det krävs dock att det finns tillräckliga resurser och en god organisation och uppskattning från vårdens huvudmän. Hög kvalitet och effektivitet i vården går inte att åstadkomma utan en god arbetsmiljö, goda organisatoriska villkor och motiverade anställda. Att åstadkomma detta är en mycket angelägen uppgift för alla ansvariga för vårdens planering, organisering och resurstilldelning.