

Styrformer och arbetsförhållanden inom vård och omsorg

- en kunskapssammanställning om New Public Management

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2011:11

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Författare: Ingela Målqvist, Carl Åborg, Mikael Forsman
Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet
Extern granskare: Christer Hogstedt, professor emeritus, Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-86313-66-1

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Förord

Förändringar i hur vården styrs, hur resurserna fördelas och hur uppföljning sker har gjorts under de senaste årtiondena, med syfte att säkerställa kvalitet och tillgänglighet. Resultaten av dessa förändringar har blivit att svensk hälso- och sjukvård har kunnat ge betydligt mer vård, snabbare och med nya metoder och behandlingar. Prestationsinriktade ersättningar, tydligare uppföljning och fler fristående vårdgivare har haft stora effekter.

Uppföljning och utvärdering av förändringarnas övriga effekter är självklart och nödvändigt inför utformningen av framtidens strukturer för hälso- och sjukvården. Den här kunskapssammanställningen ger indikationer på hur s.k. marknadsorienterade styrformer har påverkat arbetsförhållanden i vården. Att framöver få mer aktuell kunskap om förhållandena specifikt i vår hälso- och sjukvård är viktigt, eftersom den svenska vården genomgått och genomgår stora och snabba förändringar.

Utvecklade styrformer för hälso- och sjukvården behöver finna former hur att förstärka personalens inflytande och möjligheter att påverka hur verksamheterna når de uppsatta målen. Ledarskapets betydelse, behovet att förmedla mål och metoder för att fullgöra uppdraget, kan inte nog betonas. Konkurrensen mellan fler olika arbetsgivare borde också gynna arbetsvillkoren. Landstinget självt förblir den dominerande arbetsgivaren i hälso- och sjukvården, och det är min förhoppning att den positiva utvecklingen med sjunkande sjuktal och ökad nöjdhet som uttrycks i medarbetarenkäterna, fortsätter och förstärks.

Författarna står själva för rapportens innehåll och slutsatser.

Birgitta Rydberg

Sjukvårdslandstingsråd (FP) med ansvar för folkhälsa

Innehåll

Förord	1
Innehåll	2
Sammanfattning.....	3
Inledning	5
Disposition.....	6
Bakgrund	6
New Public Management.....	7
Kontroll- och ersättningssystem.....	10
Vård- och omsorgsarbete	13
Vård- och omsorgspersonalens arbetsförhållanden och hälsa.....	16
Ett genusperspektiv	19
Syfte	21
Metod.....	21
Resultat.....	22
Vetenskapligt publicerade svenska studier	24
Vetenskapligt publicerade utländska studier	26
Relevanta studier från svenska universitet, myndigheter och landsting	26
Diskussion	30
Vetenskapligt publicerade studier	30
Generell diskussion	32
Referenser	52
Bilaga 1.....	67

Sammanfattning

Syftet med föreliggande rapport är att sammanställa publicerad kunskap om hur införandet av marknadsorienterade styrformer inom offentligt finansierad vård- och omsorgs verksamhet påverkat de anställdas arbetsförhållanden och hälsa. New Public Management (NPM) är ett begrepp som brukar användas för att karaktärisera den förändrade styrformen i offentlig sektor.

Ett grundläggande syfte med NPM är att införa mer av rationell management inom offentlig sektor. Med rationell management menas bl.a. att målen ska följas upp på ett systematiskt sätt, prestationsnivåer och prestationernas egenskaper (dvs kvaliteten) ska fastställas och ansvaret för resurser ska i mindre grad bygga på förtroende och i högre grad på styrning, kontroll och uppföljning.

Underlaget till rapporten har tagits fram genom sökning i databaserna PubMed, Arblin, PsycInfo, MIKS och Sociological Abstracts samt, för att hitta relevanta svenska avhandlingar, i Libris och Diva. Studierna skulle vara publicerade vetenskapligt i en ”peer-reviewed” tidskrift eller i en doktorsavhandling, eller använda erkända metoder och vara utgivna av trovärdiga källor såsom svenska universitet, myndigheter och landsting.

Fem vetenskapligt publicerade studier genomförda i Sverige, med koppling mellan styrningen och personalens arbetsförhållanden, visar sammantaget att förändringstendenserna gått mot ett ökat kostnadsmedvetande, högre arbetsbelastning, lägre grad av anställningstrygghet, lägre arbetstillfredsställelse, ökad trötthet, cynism och utmattning, mindre psykisk energi och mer psykosomatiska symptom. Det är dock svårt att dra slutsatser om hur mycket just NPM medverkat till negativa konsekvenser, jämfört med övriga förändringskomponenter. Resultaten, speciellt de som framkommit i de longitudinella studierna och de som bygger på stora material, måste dock ses som varningssignaler. Resultaten i samtliga nio vetenskapligt publicerade studier pekar tillsammans klart på att förändringar som kan relateras till NPM kan innebära risk för arbetsförhållanden som upplevs som negativa av de anställda.

En samlad bedömning av samtliga granskade publikationer visar att införandet av NPM kan leda till:

- Ökade krav på kostnadsmedvetenhet och kundanpassning hos de anställda
- Ökad risk för fragmentisering av verksamheter och för att kortsiktiga ekonomiska intressen går före vård- och omsorgskvaliteten
- Ökad grad av uppifrånstyrning, bl.a. med hjälp av standardiserade, tekniska styrsystem
- Ökade kvantitativa och kvalitativa krav, lägre egenkontroll och mindre inflytande
- Ökad risk för etiska konflikter/rollkonflikter, som kan bidra till samvetsstress och cynism
- Ökad andel med tidsbegränsad anställning, vilket ger risk för minskad trygghet för personalen

Det krävs fler och delvis andra typer av studier än de vi funnit för att kunna få tydliga resultat om NPM:s effekter på personalens arbetsförhållanden och hälsa. Skeendena är mångfacetterade och ofta långsamma. Avslutningsvis föreslår vi, utgående från de genomgångna studierna, att ett antal förändringar studeras; som bör ge ökad balans mellan krav och resurser i verksamheter som ofta har patienters/brukares hela livssituation att hantera.

Inledning

De senaste decennierna har omfattande reformer genomförts inom den offentliga sektorn både i Sverige och i många andra länder. Ökade krav på effektivitet har varit en viktig anledning till detta. Främst har förändringarna skett genom införande av styrformer hämtade från den privata sektorn, s.k. marknadsorienterade styrformer, t.ex. genom privatisering och konkurrensutsättning. Detta har gett upphov till en helt ny typ av styrning av vård och omsorg, som innebär både traditionell styrning utifrån lagar, politiska beslut och med skattefinansiering, men också marknadsorienterade inslag som konkurrens mellan olika utförare, interna resultatenheter och ekonomisk resultatstyrning. Denna blandform av styrning har fått stora konsekvenser både för personal och patienter/brukare inom vården och omsorgen. Ett begrepp som brukar användas för att karaktärisera den förändrade styrformen i offentlig sektor är New Public Management (NPM).

Sedan 1990-talet visar undersökningar från olika europeiska länder att de psykosociala arbetsförhållandena generellt försämrats genom ökade krav, minskat beslutsutrymme och sämre anställningstrygghet (European Foundation, 2007; leGrand et al, 2001).

Var femte sysselsatt person i Sverige uppgav år 2010 att hon/han de senaste 12 månaderna haft hälsobesvär pga. arbetet (AV, 2010 b). I Sverige har de med psykiska diagnoser utgjort en stor grupp bland de långtidssjukskrivna sedan mitten av 1990-talet och främst bland både män och kvinnor som arbetar inom kommuner och landsting (AFA, 2010). I Försäkringskassans socialförsäkringsrapport 2010:17 framgår att år 2008 var antalet ersatta sjukskrivningsdagar per anställd 13 för anställda inom vård och omsorg, jämfört med 8 dagar för samtliga anställda (Försäkringskassan 2010). I en aktuell svensk kunskapsöversikt konstaterar Statens folkhälsoinstitut att det vetenskapliga stödet är starkt för att psykosociala arbetsmiljöfaktorer påverkar människors hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Andelen av Sveriges befolkning som är 65 år och äldre kommer att öka betydligt fr.o.m. år 2010 (SKL, 2006a). Statistik från Sveriges kommuner och landsting visar att efter 59 år minskar antalet anställda inom äldreomsorgen från cirka 69 000 till cirka 25 000 personer (SKL, 2008). Enligt Statens offentliga utredningar (SOU, 2007) blir det en betydande arbetskraftsbrist inom äldreomsorgen i framtiden om ingenting görs åt detta. Socialstyrelsen (2004) menar att i och med den generationsväxling som inlemts behöver arbetet organiseras så att många arbetstagare attraheras av de arbetsförhållanden och villkor som bjuds. Vård- och omsorgssektorn kommer alltså att få stora personalrekryteringsbehov, som förstärks av att arbetsförhållandena innebär att många anställda blir långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade.

Vården och omsorgen är en stor och personalintensiv sektor och en viktig del av vår välfärdsstat. Hur välfärden utformas är väsentligt ur medborgarnas, beslutsfattarnas, välfärdsarbetarnas och brukarnas/patienternas perspektiv.

Vi vill lyfta fram betydelsen av de arbetsförhållanden som skapas inom vården och omsorgen för de välfärdsarbetare som möter patienterna och brukarna och som förväntas leverera effektiva tjänster av god kvalitet. Vår utgångspunkt är att New Public Management formar styrformer som påverkar viktiga arbetsförhållanden som i sin tur påverkar personalens hälsa.

Disposition

Rapporten inleds med en bakgrund till, och beskrivning av, begreppet NPM och de effekter det haft på kontroll- och ersättningsystemen inom vård- och omsorgssektorn. Vi fortsätter sedan med att ge en bild av vård- och omsorgspersonalens arbetssituation, vilket var en viktig utgångspunkt för rapporten. Sedan följer en metodbeskrivning, som behandlar hur materialet till rapporten valts ut.

Därefter presenteras litteratursökningens resultat i två delar. Den första delen redovisar empiriska forskningsstudier som berör de anställdas arbetsförhållanden och hälsa, och som uppfyller de kriterier för vetenskaplig publicering som redovisas under metod nedan. Den andra resultatdelen behandlar artiklar eller rapporter som getts ut av författare tillhörande svenska universitet, högskolor eller forskningsinstitut. Rapporter och utredningar från svenska regeringen och från svenska eller utländska myndigheter har också använts.

Rapporten avslutas med en relativt fyllig diskussion av de viktigaste teman som framkommit under vår litteratursökning.

Bakgrund

Först ger vi en bakgrund till de reformer som ägt rum inom den offentliga sektorn i flertalet industrialiserade stater i världen och som beskrivs under begreppet New Public Management. I några länder har det publicerats övergripande forskningsrapporter om hur dessa förändringar påverkat verksamhet, arbetsförhållanden och de anställdas hälsa. Dessa har tagits med i kunskaps-sammanställningen. Rapportens tonvikt ligger dock på den svenska forskningen kring hur reformerna påverkat de anställdas arbetsförhållanden och hälsa inom vård- och omsorgssektorn i Sverige.

I Sverige infördes Lagen om valfrihetssystem (LOV) år 2009. LOV (2008:15) säger att kommunerna ska använda valfrihetssystemet i äldreomsorgen, vilket innebär att brukarna kan välja mellan olika utförare och att landstingen ska införa vårdval inom primärvården för patienterna, d.v.s. att patienterna kan välja vårdcentral. Denna lag kommer att ha stort inflytande på verksamheterna inom de berörda områdena och kommer även att påverka arbetsorganisation, arbetsinnehåll och arbetsförhållanden för personalen.

New Public Management

New Public Management (NPM) som begrepp och förklaringsmodell har fått utstå mycket kritik från både forskare och praktiker under senare år och ett behov av nyare och modernare modeller har uppmärksammas. Forskningen inom området har börjat fokusera på den framtida utvecklingen, efter NPM. NPM har dock haft, och har fortfarande, stort inflytande både i Sverige och i många andra länder. Trots det har vi begränsad kunskap om hur NPM har påverkat de anställdas arbetsförhållanden och hälsa.

NPM är långtifrån ett entydigt begrepp. Det används på många olika sätt och innehåller delar från flera olika vetenskapsområden och teorier, främst ekonomi och organisationsteori. Under 1970-talet växte det fram en kritik mot den offentliga sektorn, som anklagades för att vara för dyr och ineffektiv. Under 80-talet började nya idéer om sektorns styrning och ledning att formuleras, främst i de anglosaxiska länderna (Nya Zeeland, Australien, Storbritannien, USA) (Lennqvist Lindén, 2010).

Uttrycket New Public Management lanserades i artikeln ”A public management for all seasons?” (Hood, 1991), som en samlingsbeteckning för det ”paket” av styrningsdoktriner som fördes fram i de flesta OECD-länder under 1980-talet (Berg-Jansson, 2010). Som titeln på Hoods artikel visar lanserades dessa reformer som universellt användbara och som oberoende av landsgränser och nationell politik. De bygger på ett antagande om att det finns universella principer för organisering och styrning. Konceptet har slagit igenom med stor kraft i större delen av västvärlden (se t.ex. Bach, 1999).

En anledning till reformernas genomslagskraft är kraven i Maastrichtavtalet som skrevs under av ett stort antal länder år 1992. Fördraget innebär att den offentliga sektorn i de berörda länderna, för att få inträde i EMU, inte får överstiga en viss procent av BNP. Många länder i västvärlden hade en ständigt expanderande offentlig sektor (Bach, 1999; Baimbridge m.fl. 1995), med åtföljande krav på ökad effektivitet inom sektorn (Hood, 1995; Kearny & Hays, 1998; Burke & Cooper, 2000, Brunsson & Sahlin-Andersson 2000; Harrison & Calltorp, 2000, Anell, 2005). Många länder har gjort kraftiga nedskärningar inom bl.a. vården och omsorgen, i första hand genom personalminskningar (Boyne, 1999).

De typiska dragen i NPM presenterades av Hood år 1995, enligt nedan (vår översättning):

1. Decentralisering av resultat- och kostnadsansvar till chefer för mindre, organisationsliknande enheter (s.k. resultatenheter, vår anm.), med åtföljande uppdragsbeskrivningar, verksamhetsplaner och eget ledningsansvar.
2. Ökad konkurrens mellan enheter inom den offentliga sektorn och mellan offentliga och privata enheter.
3. Ökad användning av management-metoder hämtade från den privata sektorn.
4. Ökade krav på stram budget och på ett aktivt sökande efter alternativa mindre kostsamma sätt att leverera offentliga tjänster.
5. Mer aktiv och tydlig styrning från högre ledningsnivåer.

6. Mer uppföljning med hjälp av uttalade, mätbara och standardiserade prestationsmått.
7. Kontroll och ersättning utifrån förutbestämda prestationsmått.

Pollitt sammanfattade NPM:s principiella innehåll på följande sätt år 2003 (ref. i: SOU, 2007):

1. En förskjutning av fokus från administrativa system, resurser och processer till prestationer (output) och effekter (outcomes)
2. Betoning på kvantifierbara resultat, särskilt i form av prestationsmätningar och system för dessa
3. Inrättandet av specialiserade och fristående utförarorganisationer (både kommunala och privata, vår anm.)
4. Kontrakt och kontraktliknande relationer mellan olika nivåer av uppdragsgivare och utförare istället för traditionella hierarkiska relationer
5. Ökad användning av marknadslika mekanismer i olika former av serviceproduktion samt betoning av kvalitet och brukar-/"kundintressen"
6. Brytandet av skarpa gränser mellan offentligt, privat och frivilligsektor

New Public Management som begrepp indikerar att det handlar om något nytt. Ovanstående faktorer kan inte anses som nya, men de har samlats under en och samma reformrörelse, vars syfte verkar vara att införa mer av rationell management inom offentlig sektor (Gruening, 1998). Med rationell management menas att målformuleringen ska bli tydlig, målen ska följas upp på ett systematiskt sätt, sambandsanalyser av insatta resurser och presterat värde ska definieras, resursnivåer, prestationsnivåer och prestationernas egenskaper (d v s kvaliteten) ska fastställas och planeras och ansvaret för resurser ska i mindre grad bygga på förtroende och i högre grad på styrning, kontroll och uppföljning (Almqvist, 2006).

Inom NPM delas den offentliga sektorn upp i en beställardel och en utförardel. Beställarna kan upphandla tjänster antingen från de egna utförarna eller köpa in tjänsterna från privata utförare (Olsen & Sahlin-Andersson, 1998; Brunsson & Olsen, 1993). Detta kan ske genom upphandlingar, ”avknoppningar”, certifiering av privata utförare etc.(Stockholms läns landsting, 2003; Olsson, 2005; Hallin & Siverbo, 2002).

Beställarsidan i kommunerna och landstingen i Sverige har möjligheten att kontrollera och följa upp de utlagda verksamheterna (Kommunallagen SFS-nr: 1991:900§19). Lagen om offentlig upphandling (LOU, 2007:1091) är en lag som reglerar köp av varor och tjänster som görs av myndigheter. Samma typ av regler gäller även i övriga EU-länder(2004/18/EG; 2004/17/EG). Lagen trädde i kraft 1 januari 2008 och ersatte tidigare lag (1992:1528). Både de privata och de offentliga utförarna ersätts av skattemedel och övergripande ekonomiska kontrollsystem har fått en central roll via kontroll av prestation i förhållande till ersättning (Blomquist & Packendorff 1998; Evetts 2006a/2006b).

Genom uppdelningen i beställar- och utförardel minskar politikernas styrning över produktionsapparaten (Kronvall m.fl. 1991), med förhoppningen att verksamheten därmed ska kunna bedrivas effektivare (Arvidsson & Jönsson, 1991).

Hos det offentliga egna utförare sker en övergripande kontroll genom att varje enhets resultat isoleras och deras respektive chefer utvärderas. Då krävs tydligare beskrivningar av produktionen i effektivitets- och kvalitetstermer, mekanismer för att reglera interna mellanhavanden mellan enheter och identifiering av kostnadsbärare mm. (Blomquist & Packendorff 1998). Sammantaget innebär det att tonvikten läggs på effektivitet/produktivitet, med åtföljande resultatstyrning, och att det ekonomiska ansvaret till stor del läggs på första linjens chefer (se t.ex. Pollitt 1993; Lindvall, 1997).

Hoggett (1996) argumenterar för att mängden av managementstrategier inom offentlig sektor kan beskrivas som en ny form av organisatorisk kontroll. Han pekar ut tre faktorer som sammantaget uppvisar en sådan inriktning:

- centralisering av policys och strategier som utgör grunden för beslut
- betoning av konkurrens för att kunna kontrollera lokala utförare
- mätningar som ett sätt att säkerställa ”output”

Hoggett menar att kombinationen av dessa tre faktorer, tillsammans med de övergripande förändringarna och ekonomiska avvägningarna, minskar handlingsutrymmet för utförarna. Det sätter press på enhetscheferna att minska kostnaderna och samtidigt försöka hitta kvalitetsförbättringar.

I Sverige har NPM funnits i större skala sedan mitten av nittio-talet. Det har under ett par decennier funnits ett konstant intresse att reformera anställningsförhållandena inom den offentliga sektorn i Sverige, liksom i de flesta europeiska länderna, för att reducera de höga offentliga utgifterna och minska risken att dessa påverkar den nationella konkurrensen i en global ekonomi (Bach, 1999). Andra skäl som framförts, bl.a. i Sverige (Paulsson, 1990), är att efterfrågan på hälso- och sjukvård ständigt förväntas stiga, vilket behöver mötas med en kombination av ökad tillväxt i ekonomin och ökat skatteuttag. Detta har dock inte ansetts som helt tillförlitligt och därför har krav på högre produktivitet och effektivitet inom den offentliga sektorn ställts sedan 1980-talet och framåt (Berg-Jansson, 2010).

Enligt Bejerot (2009) handlade NPM-reformerna i Sverige under 1990-talet främst om ”marknadisering” (införande av marknadsorienterade styrningsformer) av den offentliga sektorn, men under 2000-talet skedde en förskjutning av NPM till att alltmer handla om styrningen inom stat, landsting och kommuner. Förändringarna har närts av ett ideal om hur välfärdssektorn bör utvecklas – från producentdominerad till användardominerad, från monopol till marknad, från tvång till valmöjligheter och från enhetlighet till mångfald (Bejerot & Astvik, 2009).

Hur påverkades vård- och omsorgspersonalens arbetsförhållanden i samband dessa reformer? Enligt SOU (1999) gjordes inga studier på sådana samband. Utredningens slutsats var att stora och övergripande organisatoriska förändringar hade skett utan att specifik information om deras effekter på arbetsmiljön samlats in. Där konstateras också att i den litteratur som planerare, politiker och forskare hade tillgång till under 1990-talets första hälft kopplades vårdens arbetsmiljö undantagsvis samman med produktivitet och ekonomistyrning. I samma utredning konstateras att ingen systematisk undersökning genomförts av de nya styrsystemens effekter på arbetsmiljön. Även Falkenberg (2010) hävdar i sin avhandling att frågan hur förändringarna inom offentlig sektor påverkat de anställda inte har fått någon större uppmärksamhet.

NPM utgår från antagandet att offentlig och privat sektor kan styras och organiseras utifrån samma principer, principer som representerar ett universellt och värdeneutralt organisationsperspektiv – en modell passar alla sammanhang/”kontexter” (Hood, 1991/1995). Ett s.k. välfärdsprofessionellt styrningsideal utgår istället från antagandet att offentlig verksamhet står inför andra utmaningar än privat sektor. Inom den organisationsteoretiska diskussionen har också specifika utmaningar och dilemman kopplade till offentliga organisationer och professionellt välfärdsarbete lyfts fram (Berg-Jansson, 2010).

Kontroll- och ersättningsystem

I teorier kring ”human service”-organisationer beskrivs ofta målen som vaga och komplexa. Därmed är det svårt för personer som arbetar i dessa organisationer att förhålla sig till målen och att veta när målen uppnåtts. Det är också svårt att utvärdera de kvalitativa delarna av arbetet, varför fokus istället ofta ligger på det lätt mätbara (Lipsky, 1980). I teorierna om NPM betonas övergripande idéer om mätning av organisatoriska resultat och nyckelfaktorer (Hood, 1995), ett intresse som inte är nytt men som ökat under de senaste 20-25 åren (Berg-Jansson, 2010).

En grundidé med NPM är att man ska lämna det klassiska byråkratiska tänkandet vad gäller den offentliga sektorn. En del forskningsrapporter gällande nordiska länder menar att en mål- och resultatstyrd förvaltning istället har resulterat i ett system som snarare kan beskrivas som komplicerat och regelstyrt. Dessa forskare föreslår att en bidragande orsak till detta är att de kulturella traditioner som finns i de beskrivna länderna är mer förenliga med sådan styrning. (Christensen et al. 2005; Anell, 2005).

En viktig förändring kopplad till NPM är införandet av nya ekonomistyrningssystem. De ersättningsystem som används är vanligen helt och hållet prestationsbaserade, eller har en mindre andel fast ersättning (Kastberg & Siverbo, 2007). Ersättningsystemen följer upp de ekonomiska resurser som förts in i verksamheterna i form av utfall, t.ex. antal patienter, tid hemma hos brukare etc. (Socialstyrelsen, 2010; SKL, 2009b).

Det finns, enligt Kastberg och Siverbo (2007), två varianter av ersättningssystem inom svensk vård och omsorg (och i huvudsak även i övriga länder med NPM). Båda varianterna innebär en s.k. prestationsbaserad ersättning, antingen fakturering i efterhand för utförda behandlingar eller, ju fler ersättningsberättigade aktiviteter som utförs desto mer resurser tilldelas utifrån i förväg bestämd prisättning. En sådan finansieringsform skiljer sig starkt från traditionell anslagsfinansiering som tilldelar resurser i förväg (Kastberg & Siverbo, 2007). År 2007 hade ungefär hälften av landstingen i Sverige gått över till prestationsbaserad ersättning. Övergången började i slutet av 1980-talet och motiverades med att tidigare system lett till ineffektivitet, långa väntetider, låg service och låg produktivitet (Gustafsson, 1987).

I en studie av Svalander & Åhgren (1995) visade resultatet att landsting med anslagsfinansierad verksamhet hade högre produktivitet än de med prestationsbaserad ersättning. I studien diskuteras andra sätt att öka produktiviteten än att använda prestationsbaserade ersättningssystem, t.ex. att stärka ekonomisk medvetenhet och ekonomiskt ansvar hos läkarkåren. I en studie av Forsberg et al (2001) rapporterade majoriteten av läkare med prestationsbaserat ersättningssystem att det ökade deras produktivitet, men att kvaliteten därigenom kunde bli lidande. Flera studier har också indikerat att en sidoeffekt av prestationsbaserat ersättningssystem är minskad kostnadskontroll över helheten och svårigheter med kostnadsreduceringar. Anledningen till detta är att det inte finns några incitament för utförarna att hålla produktionen inom bestämda ramar eftersom de ersätts per aktivitet (per patientbesök/hembesök hos brukare) (Bjuggren & Paulsson, 1995; Kastberg & Siverbo, 2007).

Svårigheten att kontrollera kostnaderna genom prestationsbaserade ersättningssystem gjorde att man införde olika restriktioner (Hallin & Siverbo, 2002). Enligt Olofsson (2001) innebar restriktionerna att de utförare som kunde presterade exakt den beställda volymen av tjänster. Inom Stockholms läns landsting var produktiviteten år 1996 samma som år 1991 (Charpentier & Samuelson, 2000).

Ett forskarlag på Yale-universitetet i USA tog under 1980-talet fram ett ekonomi-styrningssystem för sjukvårdsorganisationer. Det kallas för DRG-systemet (diagnosrelaterade grupper) och har rönt stort intresse runt om i världen (Paulsson, 1990). Paulssons slutsatser efter en genomgång av ekonomistyrningssystemet DRG är att det ger en klar fördel utifrån ett styrningsperspektiv jämfört med tidigare system. Det ger kostnadsinformation uppdelad på kostnadsbärare och fördelar därigenom ansvaret för kostnaderna till de personer som kontrollerar de kostnadsdrivande faktorerna (läs enhetscheferna). DRG innebär att patienterna delas in i homogena grupper med utgångspunkt i diagnos, förekomst av operativt ingrepp, komplikationer samt ålder, så att den totala resursåtgången per genomsnittlig behandling i respektive grupp kan fastställas. Därigenom sätts en ”prislapp” på den aktuella diagnosgruppen/sjukdomstillståndet och de behandlingsinsatser som hör till denna (SOU, 1991).

En fördel som anges med DRG är att den innebär kontroll och uppföljning av verksamhet och resursfördelning, medan tidigare system enbart fokuserade på resursfördelning utan koppling till ”output”. DRG-systemet erbjuder möjligheten att jämföra resursanvändning för olika sjukdomsgrupper. Nackdelar med systemet kan vara att en större del av vården gärna förläggs till den öppna vården, då det ger en lägre kostnad per DRG även om det inte ger optimal behandling (Culler & Ehrenfried, 1986; Birch, 1998; Nilsson, 1988).

Ett annat stort problem som anges är att systemet inte fångar upp vårdkvaliteten. Med andra ord kan en starkare kostnadskontroll sätta press på kvaliteten vilket innebär att hög produktivitet uppnås men kanske inte hög effektivitet. Ett annat problem är att det skapas möjligheter att ”slå systemet” genom satsningar på ”lönsamma DRG”. DRG-systemet kan användas på en rad olika sätt (Paulsson, 1990). Mest uppmärksamhet har ägnats åt dess användning som bas för prospektiv ersättning, d v s att vårdgivare och finansiär i förväg bestämmer ersättningen för patienter i olika DRG. Vårdgivaren får sedan ersättning enligt den uppgjorda prislistan, oavsett de faktiska kostnaderna vid vårdtillfället. Ersättningen bygger m a o på ett standardpris och vårdgivarens ekonomiska utfall blir helt beroende av relationen mellan detta pris och den verkliga kostnaden (Blomquist & Packendorff, 1998).

Undersökningar från 1990-talet visar att prestationsbaserad ersättning innebär att den ekonomiska medvetenheten ökade påtagligt bland sjukhuspersonalen (Svensson & Garelius, 1994; Högberg, 1994; Charpentier & Samuelson, 1996). Kastberg och Siverbo (2007) hävdar att ett fåtal studier har behandlat samband mellan prestationsbaserad ersättning och sjukvårdens arbetsprocesser, men att de som gjorts indikerar minskad autonomi, lägre inflytande och lägre arbetstillfredsställelse hos läkarna.

Enligt en studie av Lindvall (1997) innebär ekonomiskt-administrativa styrmodeller som ”resultatansvar” särskilda problem inom sjukvården, bl.a. p.g.a. begränsningar i enhetschefernas handlingsutrymme. Möjligheten att kunna påverka budgetens intäkter var närmast obefintlig förutom genom hög produktivitet. Enligt Lindvall är sjukhus till karaktären annorlunda än de organisationer för vilka ekonomistyrningen traditionellt har utvecklats. Organisatoriska särdrag som komplicerar styrningen är främst att sjukhusens verksamhet oftast inte syftar till ekonomisk vinst, att sjukhusen är tjänsteproducerande, att professionella aktörer har yrkesvärderingar som avviker från ekonomistyrningens intentioner samt att den använda produktionsteknologin ofta är mycket komplicerad (se t.ex. Anell, 1990).

Rittel & Webber (1973) menar att sociala välfärdstjänster ofta är svårare att avgränsa än andra typer av tjänster. Många gånger är behovet av sådana tjänster egentligen ett uttryck för ett annat problem än det uttryckta, t.ex. social problematik. Välfärdsarbetare kan därför behöva få inblick i flera olika delar av patientens/brukarens problem och livsvillkor. Detta kan i sin tur innebära att problem kan växa på ett oförutsägbart sätt. Harmon & Mayer (1986) drar slutsatsen att effektiviteten i organisationer som producerar välfärdstjänster därför inte kan värderas utifrån entydiga tekniska kriterier utan behöver värderas normativt.

Vård- och omsorgsarbete

Området vård och omsorg omfattar en mängd olika verksamheter inom landsting, kommuner och privata företag, och arbetet utförs av en rad olika yrkeskategorier med skiftande arbetsuppgifter och arbetsförhållanden. I denna kunskapssammanställning har vi studerat yrkeskategorierna läkare, sjuksköterskor (de s.k. professionerna), samt undersköterskor och vårdbiträden, med tyngdpunkt på Sverige. Sammantaget benämns de här ”frontpersonal”.

Med professionsbegreppet menas något mer än kvalificerade yrkesutövare. Professionella grupper utmärks av att de har monopol inom sitt område genom legitimation (Freidson, 2001). Legitimiteten bygger dels på att kunskapens viktiga roll i samhället framhålls, dels på hänvisning till högre värden som Sanning, Hälsa och Rättvisa, värden som sträcker sig betydligt längre än till att värna de individer som de ska råda och behandla. Genom denna ideologi kan professionerna hävda sitt oberoende gentemot dem som betalar deras lön (Freidson, 2001). Enligt Wolmesjö (2008) använder professionsforskningen nedanstående kriterier för att definiera begreppet:

- specialkunskaper och formell utbildning med akademisk examen
- formell prövning av kompetens, samt kontroll av vem som får utöva yrket
- ledningsnormer eller etiska koder

Human service-organisationer är ett samlingsbegrepp för organisationer som på olika sätt arbetar i nära kontakt med människor. Arbetsprocesserna inom vård- och omsorgssektorn involverar i hög utsträckning en annan människa. Arbetet inom human-serviceorganisationerna syftar till att förändra eller påverka individen/klienten. I detta arbete deltar individen/klienten mer eller mindre aktivt och kan på så sätt påverka personalens arbete genom att antingen hindra eller underlätta processen (Jönsson, 2004).

I litteraturen hävdas att denna typ av organisation skiljer sig från andra organisationer där fokus inte i lika stor utsträckning ligger på den enskilda individen (Jönsson, 2004). Organisationer inom vård- och omsorgssektorn är typiska exempel på human service-organisationer. De anställda befinner sig i en komplex social verklighet där de har att utföra sitt arbete med individer/klienter samtidigt som detta arbete måste utföras inom ramen för de krav som organisationerna ställer (Petersson m.fl. 2006; Juthberg, 2008).

Även privata företag och deras anställda som utför sociala tjänster åt kommuner och landsting (eller motsvarande i andra länder) lever under samma villkor från det offentliga sidan, eftersom de ersätts med skattemedel. Det finns dock en paradox i styrningen av de sociala tjänsterna. Lagarna är oftast övergripande formulerade medan det även finns detaljerade regler för vissa delar inom de olika verksamheterna. Den offentliga verksamheten styrs med övergripande målstyrning och med mer kortsiktiga, tidsbegränsade mål som sätts upp av politiker och ibland av chefer. Målen kan förändras beroende av vilket politiskt parti som är i majoritet i landstings- eller kommunfullmäktige (Petersson m.fl. 2006).

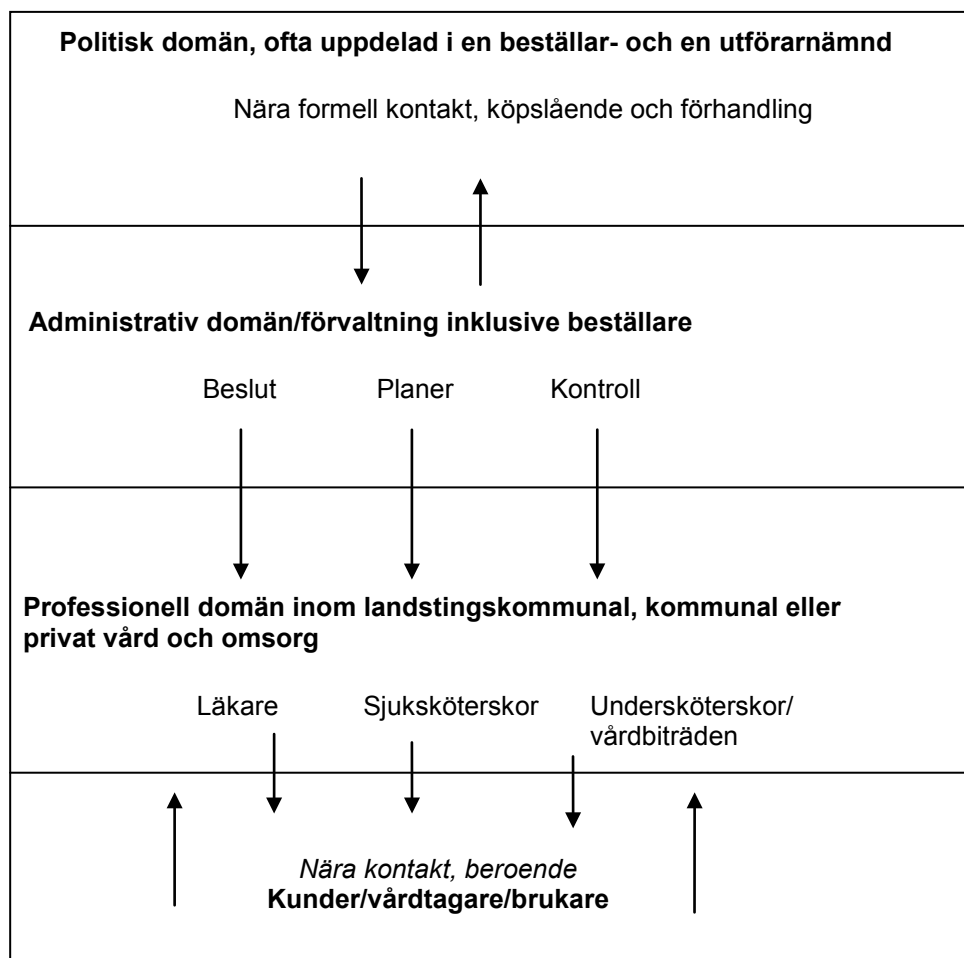
Johansson (1992) menar att den mest grundläggande skillnaden i relationen mellan klient och human servicearbetare och andra typer av sociala relationer är att det i den förra finns en dubbelhet. Relationen är på samma gång både en kontakt mellan två människor och en relation mellan en representant för en organisation och en klient. De personer som arbetar i human service-verksamheter får på så sätt en ambivalens inbyggd i arbetsrollen.

I detta sammanhang kan även begreppet professionell hållning aktualiseras. Professionell hållning kan definieras som en strävan att i yrkesutövandet styras av det som gagnar klienten och inte av de egna behoven, känslorna och impulserna. Detta ställer två speciella krav (Holm, 2001). Det första är att acceptera att relationen till klienten inte är jämlik och ömsesidig, d.v.s. att den professionella utövaren inte har rätt att ställa samma krav på klienten som klienten ställer på honom eller henne. Här avses respekt, uppmärksamhet, empati och medkänsla, som ingår i ett professionellt bemötande, men som är en psykologisk orimlighet att kräva av klienten i dennas utsatta läge som hjälpbehövande. Det andra kravet är självkännedom, vilket bland annat innefattar att vara medveten om de egna behoven och känslorna. Endast då kan man hantera dem så att de inte levs ut och tar överhanden i kontakten med klienterna (Holm, 2001).

I många verksamheter är human servicearbetaren en viktig faktor för själva utfallet eftersom han eller hon ofta använder sig själv som redskap i det dagliga arbetet (Jönsson, 2004). Faktorer som spelar in när det gäller relationen mellan klienten och human servicearbetaren är exempelvis varaktigheten och närheten i relationen (Johansson, 1992).

Arbete inom vård- och omsorgsorganisationer innebär kontakt med människor i behov av hjälp. Ibland är denna kontakt långvarig och/eller avgörande för patientens/klientens/brukarens hälsa och välbefinnande. Detta är fallet t.ex. inom äldreomsorgen, som ofta innebär årslånga relationer mellan brukare och personal. Astvik och Aronsson (1994) visade att mötet mellan omsorgsgivare och brukare är en viktig källa till såväl motivation och arbetstillfredsställelse som stress och ohälsa bland personalen.

Inom sjukvården har den medicinska personalen av hävd varit mycket självständig. Den administrativa personalens möjligheter att reglera verksamheten har varit små eftersom de vare sig haft kunskap om produktionsprocess eller output. Med införandet av ekonomistyrningssystem ökade den administrativa personalens kunskap om organisationens output, vilket medförde att den medicinska personalens autonomi kom att ifrågasättas (Fifer, 1984; Lang 1984; Notman et al, 1987; Weiner et al, 1987). Nedan (se figur 1) visas en modell (Kronvall, 1991) som åskådliggör de tre domäner som ingår i offentlig verksamhet: den politiska, den administrativa och den professionella domänen (Kouzes & Mico, 1979).



Figur 1. Skiss över relationerna inom och mellan domänerna i offentliga organisationer (Kronvall m.fl., 1991).

Vården och omsorgen styrs i kommuner och landsting från den politiska domänen. NPM har förändrat relationen mellan de politiska/administrativa domänerna och den professionella domänen genom att beställar- utförarmodellen skapat en starkare ställning för de övriga domänerna gentemot professionen. Det sker genom möjligheten att beställa tjänster från flera utförare och inte enbart från den egna landstingskommunala eller kommunala verksamheten. Detta har inneburit minskad formell möjlighet för professionen till återkoppling i förhållande till tjänstemän och politiker.

De vardagliga händelsekedjorna äger rum inom den professionella domänen. Personalens ambitioner ska omsättas tillsammans med patienterna eller brukarna. På varje nivå i organisationen har aktörerna skapat sin egen bild av vilka problem som finns och vilka förändringar som är angelägna. Detta innebär stora krav på kommunikation, samarbets- och konfliktlösningsförmåga inom politiskt styrda organisationer, särskilt när målgrupperna är utsatta grupper som sjuka, barn, funktionshindrade, äldre m.fl. (Kronvall m.fl., 1991).

Agevall (2005) anger att den politiska domänens uppgifter utifrån NPM innebär mål- och resultatstyrning, sträng finansiell kontroll (mer värde för pengarna), kontraktsstyrning, prestationsersättningar, jämförelser samt granskningar/utvärderingar. Det innebär en förskjutning från en kontroll av processer (vad händer här och nu?) till en efterkontroll av vad som har uppnåtts (hur gick det?).

Vård- och omsorgspersonalens arbetsförhållanden och hälsa

På Arbetslivsinstitutet i Malmö samarbetade flera forskare under första delen av 2000-talet kring psykosociala arbetsförhållandena inom s.k. klientinriktat tjänsarbete i den svenska välfärdssektorn (Pettersson m.fl. 2006). Några gemensamma kännetecken de menar finns inom human servicearbeten är:

- En värdegrundad moralisk dimension
- En generell ramlagstiftning
- Svårigheter att genomföra tillförlitliga resultat- och kvalitetsmätningar
- Ofta en asymmetrisk maktrelation emellan klient och organisationsföreträdare
- Den anställda behöver hantera två verkligheter; organisationens och klienternas.

Det finns många studier som visat att vård- och omsorgsarbetet ofta innebär tungt fysiskt arbete, höga känslomässiga krav och låg kontroll i arbetet. (Pettersson et al, 2005; OECD, 2005; Dellve, 2003) Kombinationen av dessa tre faktorer ökar risken ytterligare för ohälsa bland personalen (Landsbergis, 1988).

Äldreomsorgen, där främst undersköterskor och vårdbiträden arbetar, är en verksamhet där kombinationen av de ovan nämnda arbetsförhållandena förekommer i stor utsträckning. Långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar är vanligt förekommande (Dellve et al, 2002, 2006; Vingård m.fl., 2004; Astvik, 2003; Gustafsson & Szebehely, 2005; Petterson, 2002; Målqvist, 2010; Parm-sund m.fl., 2010).

I Arbetsmiljöverkets senaste arbetsmiljöundersökning (2010) anger 17 procent av undersköterskorna och vårdbiträdena tillfrågade åren 2005-2007 att de inte tror sig kunna arbeta till den ordinarie pensionsåldern jämfört med 12 procent för samtliga yrken i Sverige (Arbetsmiljöverket, 2010).

Enligt McDonough (2008) har den empiriska forskningen kring reformerna inom offentlig sektor främst fokuserat på neddragningarna av personal, som ökat arbetsbelastningen och jobbosäkerheten bland de kvarvarande anställda (Ferrie et al., 2002, Lapido & Wilkinson 2002). Sådana arbetsförhållanden har i sin tur samband med ohälsa (McHugh, 1998; Kivimäki et al, 2001). Elstad & Vabø (2008) fann i en undersökning av hemtjänsten i de fyra nordiska länderna att sjuknärvaron ökade bland personalen vid underbemanning, vilket i sin tur ökade personalens upplevelse av stress.

I samband med införandet av NPM gjordes kraftiga nedskärningar inom många kommuner och landsting (Petterson, 1998; Petterson, 1999). Många studier visar att nedskärningar (downsizing) har samband med ökad ohälsa bland personalen (t.ex. Hertting, 2003; Aiken m.fl., 2002).

När det gäller samband mellan anställningstrygghet och hälsa saknas samstämmighet i forskningen. En del studier visar sämre hälsa för arbetstagare med tidsbegränsade anställningar (Aronsson, 2004) eller otrygga anställningar (Quinlan et al, 2001), medan andra studier visar motsatsen (Isaksson et al, 2008). En studie av Virtanen m.fl. (2002) pekar på att det är viktigt att skilja på formell anställningstrygghet och upplevd anställningstrygghet. Arbetstagare som inte hade tillsvidareanställning men ändå inte kände otrygghet hade god självskattad hälsa och få kroniska besvär. Tillsvidareanställda med sämre självskattad hälsa och fler kroniska besvär rapporterade även otrygghet i anställningen. Waenerlund m.fl. (2011) har i en stor longitudinell studie följt en grupp svenskar med hjälp av upprepade enkäter under åren 1981-2007, i syfte att undersöka relationen mellan tidsbegränsade anställningar och hälsa. Resultaten visar att tidsbegränsade anställningar har samband med mer psykiska besvär och lägre självskattad generell hälsa.

”Outsourcing” ökar andelen med tidsbegränsad anställning och med upplevd låg anställningstrygghet. I en litteraturstudie som granskat 25 studier om s.k. ”outsourcing¹” eller nedskärningar i olika yrken, visade 90 procent av studierna negativa effekter på de anställdas hälsa och säkerhet (Quinlan et al, 2001).

Inom vård och omsorg är det vanligt med s.k. samvetsstress (Juthberg, 2008). I en avhandling om etiska konflikter och s.k. samvetsstress inom vården (Kälve-mark-Sporrong, 2007) ges följande definition av begreppet samvetsstress:

”Traditionella negativa stresssymptom som uppstår på grund av situationer som innefattar etiska dimensioner och där vårdpersonalen upplever att han/hon inte kan upprätthålla alla intressen och värden som står på spel”.

Exempel på situationer där samvetsstress kan uppstå ges i avhandlingen, nämligen:

- brist på tid, personal, sängplatser och pengar
- när regler och praxis inte stämmer överens

Bartoldus m.fl. (1989) har visat att den största källan till stress hos omsorgsarbetare är relationerna till klienterna. De emotionella och relationella aspekterna av arbetet rapporterades som svårare och mer stressfyllda än de praktiska uppgifterna.

¹ Endast kärnverksamheten och viss stödfunktion behålls.

En studie som stärker ovanstående slutsats är Madsens et al studie (2010). Den visar att anställda inom hälso- och sjukvården använde antidepressiv medicin i jämförelsevis hög grad och att den risken bl. a berodde på höga känslomässiga krav i arbetet, t.ex. krav på att dölja de egna känslorna, och att de utsattes för hot och våld i arbetet. I jämförelse med andra serviceyrken (polis, socialarbetare lärare, säljare) eller i yrken med lite utåtriktade kontakter, använde anställda inom hälso- och sjukvården antidepressiv medicin i signifikant högre utsträckning. Jämförelserna gjordes år 2000 och 2001 samt fem år senare. Under den perioden ökade risken för att börja med antidepressiv medicin med 70 procent för anställda inom hälso- och sjukvården.

En studie om arbetshälsan bland undersköterskor och vårdbiträden inom kommuner och landsting identifierade förhållanden på arbetsplatsen som hade samband med god hälsa (SOU, 2002). Den entydigt viktigaste faktorn som bidrog till att man höll sig frisk var att ha ett arbete som inte upplevdes som kroppsligt ansträngande.

Att ha ett bra, eller till och med neutralt arbetsklimat jämfört med ett dåligt, ökade chansen att vara frisk. Förhållanden som visade sig viktiga för att förbli frisk eller tillfriskna var även ålder, möjlighet att få lära nytt och arbetsuppgifter som bara ibland krävde att man arbetade mycket fort, gjorde samma saker om och om igen eller krävde en för stor arbetsinsats.

Resultaten bekräftas av flera andra studier (Dellve, 2003; Nyberg, 2009; Theorell & Karasek, 1996). Några av dessa friskfaktorer kan kopplas till ledarskapet, nämligen lagom arbetsbelastning, möjligheten att få lära nytt och möjligheten till återhämtning. Men de kan även kopplas till den ekonomiska styrningen på så sätt att det krävs ekonomiskt utrymme för tillräcklig bemanning, kompetensutveckling och tidsbuffertar.

Att arbete inom hemtjänsten kan innebära stora skillnader i arbetsbelastning för personalen (Dellve m.fl., 2006). Den starkaste faktorn för en långvarig arbetsförmåga hos personalen var deltids- eller timanställningar. Detta kan indikera att arbetet är så tungt att många inte orkar arbeta heltid ända fram till pensionen. I studien framkom även att risken för att kvinnor skulle bli långtidssjukskrivna var dubbelt så stor som för männen och risken för förtids-pensionering var fyra gånger så stor jämfört med männen i hemtjänsten. Endast 3-5 procent av dem som var sjukskrivna mer än två veckor återkom i arbete inom en månad och endast ett fåtal erbjöds rehabilitering.

Ett annat skäl till låg grad av rehabiliteringsarbete kan vara att den höga tidspressen, som är vanlig inom hemtjänsten (se t.ex. Astvik, 2003; Målqvist, 2010; Dellve, 2003). Enligt GOSY-studien (Goda system i vården) angav 4 av 5 (n = 454) förtidspensionerade från handikapp- och äldreomsorgen att arbetet orsakat arbetsoförmågan (Läkartidningen, 2003).

Läkare rapporterar minskat inflytande och högre arbetsbelastning efter införandet av NPM i Stockholms läns landsting (Pettersson, 1999). Bland kvinnliga läkare rapporterar en ovanligt hög andel dåliga arbetsförhållanden och nedsatt välbefinnande i förhållande till jämförbara yrkesgrupper (högre tjänstemän (Parmund, 2010)

Vård- och omsorgsarbete innehåller i hög grad riskfaktorer som höga krav, låg kontroll och fysiskt tungt arbete. Inom vissa grupper, framförallt inom äldreomsorgen, finns en ökad risk för långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar.

Ett genusperspektiv

Majoriteten av de anställda inom vård- och omsorgssektorn är kvinnor. Av dem som arbetar inom vården är 84 procent kvinnor (Vårdföretagarna, 2010) och inom omsorgen är 97 procent av personalen kvinnor (SKL, 2009a). År 1998 arbetade 155 000 och år 2009 181 000 personer inom svensk äldreomsorg (SKL, 2008). Inom EU arbetar 78 procent av alla yrkesarbetande kvinnor inom vård och omsorg (European Foundation, 2007). I Sverige arbetar 44 procent av landets förvärvsarbetande kvinnor inom vård, skola och omsorg jämfört med 10 procent av de förvärvsarbetande männen (SCB, 2009).

Antalet anmälda arbetssjukdomar orsakade av psykosociala eller organisatoriska förhållanden under år 2003 visade att av de tio yrkesgrupper som uppvisade högst relativ frekvens av arbetssjukdomar bland kvinnor var samtliga avlönade av offentliga medel. Bland männen var sju av tio yrkesgrupper avlönade med offentliga medel (Sundström-Frisk & Weiner, 2004).

Hög anspänning i arbetet (höga krav och låg kontroll) är mycket vanligare bland kvinnor än bland män oavsett ålder och socioekonomisk status. I SCB:s arbetskraftsundersökning 2009 uppger 56 procent av kvinnorna höga krav jämfört med 49 procent bland männen. Mer uppseendeväckande är kanske att 56 procent av kvinnorna, jämfört med 41 procent av männen, även uppger låg kontroll (SCB, 2009). Höga krav och låg kontroll är vanligt inom vården och omsorgen där alltså en stor majoritet av de anställda är kvinnor (se Parmasund m fl., 2010). Detta stärker slutsatsen att kvinnor generellt drabbas mer av dåliga psykosociala arbetsförhållanden. Det kan vara ett skäl till kvinnors högre sjukfrånvaro, eftersom det fortfarande är vanligt att kvinnorna dessutom har huvudansvaret för hemarbetet (Frankenheuser, 1991; Björnberg, 1994).

Kvinnorna i Sverige står också för två tredjedelar av långtidssjukfrånvaron. I en undersökning om de psykosociala arbetsförhållandena som genomfördes år 2006 i Sverige (Kinsten et al, 2007) svarade 2736 kvinnor. Inom frågeområdet arbetskrav ställdes frågan om arbetet krävde påtaglig social kompetens. 73 procent av kvinnorna och 47 procent av männen svarade att så ofta var fallet. På frågan om arbetet innebar att man behövde "lägga sig i" andra människors liv svarade 54 procent av kvinnorna jämfört med 29 procent av männen att så var fallet.

Vård- och omsorgsområdet är av tradition ett kvinnodominerat område. Kvinnor befinner sig generellt på lägre positioner än män, vilket även stämmer inom hälso- och sjukvårdsområdet (Eurostat, 2008). Ett yrke som av tradition utövats av män är emellertid läkaryrket. Idag finns många kvinnliga läkare i flera länder, men yrket domineras fortfarande generellt av män. I Sverige utfärdades dock fler kvinnliga än manliga läkarlegitimationer för år 2008 (Socialstyrelsen, 2009). Ett generellt resultat inom forskningen är att social status är knutet till tillgången till resurser av olika slag (Adler et al, 2000; Geyer et al, 2006) och till förutsättningarna för att känna kontroll (Marmot, 2006). Enligt Lynch m.fl. (2000) är social status kopplad till möjligheten till kontroll över materiella och ekonomiska faktorer. Marmot (2004) och Geyer med flera (2006) anser att det även gäller upplevelsen av kontroll över livssituationen och arbetssituationen.

I Sverige rapporterar kvinnor generellt mer ohälsa och högre andel sjukfrånvaro än män (cirka 60 procent jämfört med 40 procent). Om det beror på ökad känslighet hos kvinnor eller sämre livs- och arbetsvillkor finns det ingen consensus kring i forskningen (se t.ex. Torkelson och Muhonen, 2003; Liu et. al, 2008). Åren 1997 till 2003 ökade antalet långtidssjukskrivna, vilket enligt Lidvall (2010) bl.a. berodde på försämringar i den psykosociala arbetsmiljön inom offentlig sektor och landstingsverksamheterna. I Sverige år 2003 hade 132 000 individer varit långtidssjukskrivna i mer än ett år, vilket var tre gånger så många som fem år tidigare (Härenstam et al, 2005; SOU, 2002).

En sådan förändring går inte att förklara med individuella faktorer, attityder, lokala problem på arbetsplatser eller liknande, enligt Härenstam. Sjukfrånvaron inom serviceyrkena var högre än inom andra yrken och särskilt hög bland anställda inom kommuner (nära 60 procent överrepresentation av helårssjukskrivna anställda). Även landstingsanställda låg på en hög nivå. Kvinnornas sjukpenningdagar mer än fördubblades mellan åren 1997 och 2001, från 15 till 31 dagar (SOU, 2002).

I en studie som undersökt arbetsrelaterade skador/besvär i rörelseorganen bland hemtjänstpersonal (n=105006) i Sverige (Ono et al., 1998) framkommer att sjukfrånvaron bland hemtjänstpersonal på grund av skador/besvär i rörelseorganen stod för 8,2 procent av all sjukfrånvaro bland kvinnor i Sverige. Detta trots att det bara var cirka 5 procent av samtliga kvinnor som arbetade inom hemtjänsten. Den vanligaste rapporterade risken var lyft av brukare. I studien jämförs kvinnlig hemtjänstpersonal med kvinnliga barnskötare (n=108 252) som också lyfter mycket i sitt arbete. Risken för sjukfrånvaro på grund av skador i rörelseorganen var nära 8 gånger större för hemtjänstpersonalen än för barnskötarna. För besvär i rörelseorganen var risken 3,5 gånger större att bli sjukskriven för hemtjänstpersonalen.

NPM utgör en del av en reformering av den offentliga sektorn som genomförts i större delen av västvärlden under 80- och 90-talet. En kort beskrivning av denna utveckling i några europeiska länder, som visar på både likheter och skillnader, finns i bilaga 1.

Syfte

Rapportens syfte är att sammanställa publicerad kunskap om hur införandet av marknadsorienterade styrformer inom offentligt finansierad vård- och omsorgs-verksamhet påverkat de anställdas arbetsförhållanden och hälsa.

Utgångspunkten var att NPM påverkar styr- och ledningsformer som i sin tur kan påverka sådana arbetsförhållanden som enligt arbetshälsoforskningen har betydelse för arbetsrelaterad hälsa.

Metod

Underlaget för rapporten har tagits fram genom sökning i databaserna PubMed, Arblin, PsycInfo, MIKS och Sociological Abstracts samt, för att hitta relevanta svenska avhandlingar, i Libris och Diva.

Utgångspunkten för sökningarna var begreppet ”New Public Management”. Följande kriterier formulerades för artiklar/publikationer som skulle inkluderas:

- Något av begreppen NPM/restructuring/efficiency/reorganization/competition/market-model skulle finnas med i ”bakgrund” el.motsv.
- Arbetsförhållanden skulle finnas med som utfall
- Det skulle finnas en empirisk del i studierna
- De undersökta grupperna skulle definieras utifrån yrkeskategorierna läkare *eller* sjuksköterska *eller* undersköterska-vårdbiträde
- Studierna skulle
 - (1) vara publicerade vetenskapligt i en ”peer-reviewed” tidskrift eller i en doktorsavhandling, eller
 - (2) använda erkända metoder och vara utgivna av trovärdiga källor såsom svenska universitet, myndigheter och landsting.

De första databassökningarna (enligt punkt 1, ovan) gav mycket få fynd. Därför gjordes ytterligare sökningar (enligt punkt 2, ovan), som gav flera relevanta och aktuella publikationer. Sökningarna har också kompletterats med diskussion med ledande svenska forskare. Sökningarna i databaserna har i första hand skett på sökord, som författarna formulerat gemensamt, och i andra hand på författarnamn eller referenser. Vi började med sökorden:

1. NPM/Restructuring/Efficiency²
2. Health care, home care, elder care³
3. Work conditions, work load⁴

Efter de första sökningarna kompletterades punkt 1 ovan med sökorden:

Reorganization, competition, market-model, och punkt 3 ovan med: Job insecurity, role ambiguity/moral distress, effort/reward, demand, control, support, leadership/management, decision latitude⁵.

2 På svenska: omorganisering, effektivitet

3 På svenska: hälso- och sjukvård, hemtjänst, äldreomsorg

4 På svenska: arbetsförhållanden, arbetsbelastning

5 På svenska: omorganisering, otrygga anställningsförhållanden och rollkonflikt/samvetsstress ansträngning/belöning, krav, kontroll, stöd, ledarskap och beslutsutrymme

Resultat

Nedan, och i tabell 1, presenteras de svenska och utländska artiklar som publicerats under publiceringsvillkor (1) dvs. från vetenskapliga tidskrifter eller svenska doktorsavhandlingar. Vi redovisar studiedesign, exponerings- och utfallsbedömning, studiestorlek och författarnas slutsatser. Vi har även granskat bortfall, uppföljningstid, analys/statistisk bearbetning, reliabilitet, validitet och generaliserbarhet, men vi har inte gjort urval av artiklar utifrån en bedömning av dessa faktorer. Vi hittade 9 artiklar (se Tabell 1) som motsvarade våra kriterier och valde att redovisa samtliga. Dock kan vi konstatera att kvaliteten på dessa studier är skiftande och de flesta är relativt små tvärsnittsstudier.

Därefter presenteras resultat från studier från publiceringsvillkor (2) dvs. studier som innehåller relevant empiri och erkända metoder, och som utgetts av t.ex. universitet och myndigheter. Vi hittade 14 sådana publikationer.

Tabell 1. Sammanfattning av de granskade vetenskapligt publicerade studierna.

År, författare, titel	Tidskrift, bok, rapport, avhandling	Studerad verksamhet och studerad yrkesgrupp	Utfall arbetsförhållanden, arbetsvillkor	Hälsoutfall	Metod	Slutsatser
2002, Denton M, Zeytinoglu I, Davies S & Lian J. Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring	Tidskrift; International Journal of Health Services, 32,2, 327-357	Hemtjänstpersonal (n=892)+ (n=99)	Arbetsförh., arbetstillfredst.		Enkät, tvärsnitt Fokusgruppsintervju	Ökade krav, ökad stress, försämrad arbetstillfredställelse
2002, Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B; Performance-based reimbursement in health care- consequences for physicians cost awareness and work environment	Tidskrift; European Journal of Public Health, 12, 44-50	Läkare (n=281)+ (n= 447)	Inflytande, arbetstillfredsställelse, läkares attityd till kostnadsmedvetenhet och egen bedömning av sitt professionella beteende	Välbefinnande	Intervjuer, enkät, tvärsnitt	Ökat missnöje avseende inflytande, arbetstillfredställelse och välbefinnande
2003, Hertting A. The Health Care Sector: A challenging or Draining Work Environment	Avhandling;	Sjuksköterskor, intervjuer (n= 14), Undersköterskor (n=11) samt enkät (n= 2929-2934)	Work commitment (lojalitet, engagemang), jobbosäkerhet, kompetensutv., långtidssjukskrivningar	Stress, upplevd och fysiologisk (n=31)	Intervjuer 1997 1998, 2000 och 2001 Enkät o adminstrat. data 1994, 1995, 1999, 2001 Longitudinell	Ökade krav, mindre stöd och ökat missnöje med ledn.
2005, Brunetto Y & Farr-Wharton R: The impact of NPM on the job satisfaction of a range of Australian public sector employees	Tidskrift; Asia Pacific Journal of Human Resources, 43, 2, 289-304	Sjuksköterskor (n=91)	Arbetstillfredst., upplevelse av professionalitet		Enkät, tvärsnitt	Försämrad arbetstillfredställelse, missnöje med det psykologiska kontraktet
2006, Denton M, Zeytinoglu I, Davies S & Hunter D. The Impact of Implementing Managed Competition on Home Care Workers' Turn-over Decisions	Tidskrift; Health Care Policy, 1, 4, 107-123	Hemtjänsten Sköterskor (n=214) PSW:s (personal support workers) (n= 406)	Arb.belastn., anställningsotrygghet, belöning, chefsstöd, kompetensutv.		Enkät, inkl. öppna frågor, tvärsnitt	Försämrade arbetsförhållanden, t.ex. avseende stöd och arbetstider
2006, Olsson E. & Ingvad B Omorganiseringer, kvalitet och arbetsmiljö i hemtjänsten under 1990-talet	Tidskrift; Arbetsmarknad & arbetsliv nr 12 (1), s 5-16 (peer-review)	Hemtjänstpersonal (n= 150)	Kommunikation i organisationen Arbetsmiljö, omsorgsarbete, arbetsbörda		Enkäter, observationer och intervjuer vid tre tillfällen; 1995, 1997 och 2002/2003 Longitudinell	Upplevda försämringar avseende arbetsförhållanden och arbetsmiljö
2009, Newman S & Lawler J. Managing health care under New Public Management	Tidskrift; Journal of Sociology, 45,4,419-432	Sjuksköterskor, intervjuer (n= 10) samt enkät (n= 35)	Arbetsförh., arbetstillfredst., ledarskap		Enkät, tvärsnitt Intervju	Ökad byråkrati och kontroll uppifrån, mer konflikter och motsättningar
2009, Hansen N, Sverke M & Näswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross sectional questionnaire survey	Tidskrift; International Journal of Nursing Studies 46, s 96-107	Sjuksköterskor (n= 1102)	Arbetskrav, anställningstrygghet, resurser, autonomi, måltidighet, gruppstöd, chefsstöd, omväxling, återkoppling	Cynism Emotionell utmattning	Enkät, tvärsnitt	Små skillnader relaterade till ägarform, men något mer utbrändhet på vinstdrivande sjukhus.
2010, Falkenberg H. How privatization and corporatization affect healthcare employees' work climate, work attitudes and ill-health- Implications of social status	Avhandling	Läkare (n=707) Sjuksköterskor (n=182) Undersköterskor (n=157)	Autonomi, egen utveckling, egna arbetsprestationer, rollkonflikter, arbetsgruppen, ledarskapet, organisationsklimat/-strukturer, arbetstillfredsställelse, lojalitet, vilja att sluta	Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) Fysiska besvär Känslomässig utmattning	Enkät, longitudinell	Försämrade arbetsförhållanden för sköterskor, i övrigt ej signifikanta förändringar efter privatisering

Vetenskapligt publicerade svenska studier

Studier med en tydlig koppling mellan införandet av prestationsbaserade ersättningssystem och läkares upplevelse av inflytande över verksamhetskvaliteten och arbetsförhållanden har utförts av Forsberg et al (2002). Datainsamlingen är gjord år 1992, 1993, 1994 och 1998. De visar en ökad kostnadsmedvetenhet hos läkarna men också ett ökat missnöje när det gäller inflytande, arbetstillfredsställelse och eget välbefinnande i högre grad än läkare med anslagsfinansiering (Forsberg et al., 2002). En hög kostnadsmedvetenhet hos läkarna hade negativa effekter på vårdkvaliteten. Läkare med prestationsbaserad ersättning rapporterade försämrade kvalitet genom att de oftare avslutade patientärenden tidigare än på sjukhus utan sådan ersättning (Forsberg et al, 2000).

Hertting (2003) har i sin avhandling undersökt hur läkare, sjuksköterskor och undersköterskor upplevde att de förändringar som skedde på det sjukhus där de arbetade åren 1994 - 2001 påverkade deras arbetssituation och hälsa. Det rörde sig om neddragningar och förändringar av ledningen, enligt marknadsorienterade managementkoncept. Generellt rapporterade personalen ökad arbetsbelastning, motstridiga krav i arbetet och mindre tid till att planera arbetet (se även Aiken m.fl., 2002). Man rapporterade även minskat stöd och större missnöje med arbetsledningen. Orsaker till att man behövde arbeta hårdare uppgavs vara den kraftiga reduceringen av undersköterskor (50 %) och att deras arbete behövde utföras av den kvarvarande personalen inklusive sjuksköterskor. Arbetstillfredsställelsen minskade och även stoltheten över att arbeta på sjukhuset.

Olsson & Ingvad (2006) har i en longitudinell studie undersökt hemtjänstens förändringar utifrån kvalitets- och arbetsmiljöaspekter inom 7 distrikt i 3 kommuner vid tre tillfällen under 1990-talet. Resultaten visar att det skedde försämringar när det gäller omsorgskvaliteten och arbetsmiljön mellan det första och sista mättillfället. Det gällde främst inom de två medverkande storstadsdistrikten. Även uppdelningen i beställar- respektive utförarorganisation hade negativa konsekvenser för arbetsmiljön, medan man inte fann några entydigt positiva effekter på omsorgsarbetets kvalitet.

Falkenberg, (2009) har i sin avhandling jämfört personalens upplevelse av sina arbetsförhållanden på tre sjukhus; ett landstingssjukhus, ett privat sjukhus och ett bolagssjukhus ägt av landstinget. Det fanns inga skillnader i ålder, könsfördelning eller antal anställningsår mellan de tre svarsgrupperna. Resultaten i den första studien visar att läkarna på landstingssjukhuset upplevde ledarskapet som minst personalorienterat och förändringsorienterat. Ledarskapet på det privata sjukhuset uppfattades som mer produktionsorienterat än på landstingssjukhuset. När det gäller organisatorisk rättvisa och tillit upplevde läkarna detta i större omfattning på det privata och på det bolagsägda landstingssjukhuset. Man fann inga skillnader mellan de tre sjukhusen i läkarnas uppfattning om stress på grund av rolltydlighet. Läkarna på det privata och på det bolagsägda landstingssjukhuset rapporterade mer utmaningar i arbetet än läkarna på landstingssjukhuset. I avhandlingens andra studie har en före-eftermätning, med kontrollgrupp, genomförts för att undersöka effekter för vårdpersonalen vid sjukhusets privatisering. De berörda yrkesgrupperna var läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Sambandsanalyserna visar att sjuksköterskorna på det privata sjukhuset rapporterade mindre arbetstillfredsställelse efter privatiseringen medan sjuksköterskorna på det landstingsägda sjukhuset rapporterade ökad arbetstillfredsställelse. Läkarna på det privata sjukhuset rapporterade ingen skillnad vid de två mättillfällena angående attityder till arbetet eller upplevd stress (strain). Däremot rapporterade läkarna på det landstingsägda sjukhuset försämrade attityder till arbetet och ökad stress (strain). Undersköterskorna rapporterade inga skillnader vid de två mättillfällena på något av sjukhusen. Falkenberg (2010) drar slutsatsen att det är yrkesgrupper på mellannivå som påverkas mest vid privatisering. För vårdpersonal som hel grupp framkom inga signifikanta utfall, i motsats till i tidigare forskning (Ferrie et. al, 1998, 2001; Nelson et. al, 1995).

Falkenbergs tredje studie (2010) undersökte om det var skillnad i attityder till arbetet, arbetsklimat och ohälsa mellan kvinnliga respektive manliga läkare på det av landstinget bolagsägda sjukhuset. Även eventuella skillnader mellan kvinnors och mäns uppfattning om arbetsklimatet undersöktes. Resultaten visar att det var skillnad mellan könen på så sätt att de kvinnliga läkarna upplevde ett torftigare arbetsklimat än de manliga läkarna. Det fanns inga skillnader i upplevelse av arbetet, läkarrollen, ledarskapet och organisationen mellan könen. De kvinnliga läkarna rapporterade lägre grad av engagemang (job commitment) än de manliga läkarna. Det fanns inga skillnader när det gällde arbetstillfredsställelse eller avsikt att finnas kvar i organisationen. De kvinnliga läkarna upplevde dock mer stress som de rapporterade hade samband med upplevelse av psykisk och fysisk ohälsa. De manliga läkarna rapporterade också stress, och samband med mindre arbetstillfredsställelse och psykisk ohälsa, dock i mindre utsträckning. De manliga läkarna rapporterade en mer positiv syn på organisationen, t.ex. angående organisatorisk rättvisa och förtroende för organisationen. Falkenbergs slutsats är att alla undersökta variabler var antingen lika för manliga och kvinnliga läkare eller till de kvinnliga läkarnas nackdel. Möjliga skäl, enligt Falkenberg, är att kvinnliga läkare har lägre social status, upplever högre krav samt har mindre resurser att möta sådana krav.

I Hansens et al studie (2009) om utbrändhet bland sjuksköterskor på tre akutsjukhus med olika ägarformer (vinstdrivande privatägt, ickevinstdrivande privatägt och landstingsägt) visar resultaten att sjuksköterskorna på det vinstdrivande sjukhuset rapporterade den högsta graden av utbrändhet och cynism. På det landstingsägda sjukhuset rapporterades lägst grad av utbrändhet och på båda landstingssjukhusen var rapporteringen av cynism låg. Kraven upplevdes emellertid inte generellt som högre på det privatägda sjukhuset eller som lägre på det landstingsägda sjukhuset. Upplevelsen av autonomi var högst på det landstingsägda sjukhuset medan stödet från chefen rapporterades vara lägst på det sjukhuset. Resultaten angående övriga resurser, som måltydighet, stöd från arbetsgruppen, utmaningar i arbetet och återkoppling, visade inga skillnader mellan sjukhusen. Arbetsbelastningen rapporterades vara högst på det vinstdrivande sjukhuset medan jobb-osäkerheten var högre både på det ickevinstdrivande och på det landstingsägda sjukhuset. Chefstödet upplevdes större på de privatägda sjukhusen.

Vetenskapligt publicerade utländska studier

En studie från Kanada (Denton et al, 2006), (n=891), har undersökt av vilka arbetsmässiga skäl en hög andel hemtjänstpersonal och sköterskor inom hemtjänsten sade upp sig från sina arbeten i samband med att man införde konkurrens mellan olika hemtjänstutförare. De skäl sköterskorna gav var främst dålig lön, brist på stöd från arbetsledare, stress, otrygghet, hög arbetsbelastning, otillfredsställande förmåner, brist på stöd från kollegor och brist på utbildningsmöjligheter. En högre andel av hemtjänstpersonalen svarade dåliga arbetstider, inga garantitimmor, hälsoskäl eller arbetsskada.

I en annan studie av kanadensisk hemtjänstpersonal (Denton et al, 2002), (n=892), studerades hur hemtjänstens omorganisation påverkade de anställda. Resultaten visade bl.a. att arbetstillfredsställelsen minskade, medan de upplevda kraven och den arbetsrelaterade stressen ökade.

Två studier från Australien redovisar intressanta resultat som kan relateras till NPM. Brunetto och Farr-Wharton (2005) fann att sjuksköterskor och omsorgspersonal inom hemtjänsten upplever att det psykologiska kontraktet med dem som professionella har skadats av de genomförda förändringarna av sektorns organisation, och att det i sin tur påverkat arbetstillfredsställelsen negativt. Newman och Lawler (2009) studerade hur sjuksköterskor med arbetsledande uppgifter upplevde sin arbetssituation under de villkor som skapats av NPM. De fann att NPM-reformerna inom sjukvården påverkat sköterskornas arbete i riktning mot ökad komplexitet samt ökade konflikter och motsättningar. Deltagarna i studien beskrev ökad byråkrati och centraliserad kontroll och ökade svårigheter att bedriva en god vård och ett professionellt ledarskap.

En australiensisk studie om avdelningschefer inom vården (nurse managers) pekar i samma riktning (Newman & Lawler, 2009). Vissa forskare hävdar att NPM på ett grundläggande sätt förändrat relationen mellan enhetscheferna och personalen på så sätt att chefernas övergripande mål är att hålla budget medan personalens övergripande mål är att utföra bra service (Pollitt, 1993; Sinclair et al, 1996).

Relevanta studier från svenska universitet, myndigheter och landsting

En av få studier som undersökt konsekvenser för arbetsvillkor och effektivitet av förändrade styrsystem är den s.k. SACO-studien, som genomfördes som en tvärsnittsundersökning med hjälp av enkäter under åren 1991-1994, och publicerades i en bok från Arbetslivsinstitutet (Westlander, red., 1995). Det var en bred och omfattande kartläggning, som behandlade olika SACO-gruppers upplevelse av arbetsvillkor, arbetsförhållanden, arbetstillfredsställelse och arbetsrelaterade psykiska besvär. Den del av studien vi tar upp här är publicerad i boken under rubriken ”Styrsystem, effektivitet och arbetsvillkor” (Bejerot & Härenstam, 1995). 655 landstingsanställda ingår i studien, varav den största gruppen är läkare (n=279). En stor andel läkare rapporterade förändrade styrsystem med en ökning av ”hårda” styrsystem (jmf Härenstam, 2005). För läkare och landstingspersonal redovisas rapporterade organisationsförändringar de senaste 5 åren. Jämförelser kan göras med SACO-gruppen totalt (n=3050).

Generellt rapporterade SACO-medlemmarna förändringar i styrsystemen med minskat antal beslutsnivåer och mindre styrning från ledning, men med en ökning av målstyrning och uppföljning av arbetsprestation. Totalt uppgav 54 procent av samtliga svarande akademiker att effektiviteten ökat efter genomförda förändringar, medan siffran var 64 procent för läkarna och 67 procent för övriga landstingsanställda. Enligt Bejerot och Härenstam (1995) har effektivitetsökningen för läkarna högre samband med försämringar i arbetsbelastning än för andra SACO-grupper. Målstyrning hade ökat för alla akademiker men något mer för akademiker i offentlig sektor. Både styrningen från ledningen och dialogen med ledningen hade ökat för alla SACO-medlemmar, men något mer för yrkesgrupperna inom offentlig sektor. Kund-/patientorientering samt uppföljning av arbetsprestation hade ökat med 10-15 procentenheter mer inom offentlig sektor än inom SACO-gruppen totalt. Den största skillnaden mellan SACO-medlemmar totalt och medlemmarna inom offentlig sektor var rapporterad konkurrens för ökad produktivitet. SACO-medlemmar inom offentlig sektor rapporterade högre grad av konkurrens (ca 20 procentenheter högre). Arbetsförhållandena var relaterade till position med mer positiv inställning i högre yrkespositioner (läkare, lärare, psykologer, tandläkare, veterinärer, officerare, åklagare och civilingenjörer) för alla undersökta aspekter utom för arbetsbelastningen. Fler läkare ansåg dock att inflytandet hade försämrats (18 %) jämfört med övriga landstingsanställda (13 %) och SACO-gruppen totalt (9 %), medan en fjärdedel i samtliga grupper ansåg att inflytandet förbättrats.

Gustafsson & Szebehely (2005) har redovisat en intressant studie i en rapport från Stockholms universitet. Den genomfördes som en upprepad, enkätbaserad tvärsnittsstudie bland personal inom äldreomsorgen i åtta kommuner (n=4338). Frågorna behandlade arbetsvillkor, arbetsförhållanden, arbetstillfredsställelse och arbetsrelaterad hälsa. Andelen anställda som hade privata arbetsgivare var något fler i undersökningen än riksgenomsnittet. En del av undersökningen sträcker sig över 15 år (1988-2003). Författarna konstaterar sammanfattningsvis att avsevärda försämringar skedde under 1990-talet avseende upplevd kvantitativ arbetsbelastning och samarbete med ledningen. De som upplevde att de kunde påverka sina arbetsförhållanden så att de kunde arbeta i lagom arbetstakt minskade från 45 procent år 1988 till 30 procent år 2003. De som rapporterade att de hade för mycket att göra ökade från 15 procent år 1988 till 30 procent år 2003. Upplevelsen av arbetets innehåll var däremot i stort sett stabil. Den psykiska och fysiska arbetsbelastningen upplevdes något lättare år 2003 än år 2000. Angående resultat rörande arbetsvillkor kan nämnas att andelen visstidsanställda som önskade tillsvidareanställning år 2003 var 82 procent (n=3517). Hur de nya styrformerna påverkat personalens bild av verksamhetskvaliteten intresserade flera svenska forskare i början av 1990-talet (Högberg, 1994; Forsberg, 2001; Håkansson, 2000). I en studie från 1993 svarade två tredjedelar av den tillfrågade vårdpersonalen att verksamhetskvaliteten var lika eller hade förbättrats, medan en tredjedel svarade att den hade försämrats (Svensson & Garelius, 1994).

SCB:s arbetsmarknadsundersökningar åren 1991-1995 visar bl.a. en omfattande minskning av inflytandet över arbetstakten för kvinnor inom vården i Stockholms läns landsting under åren 1991-1995. Stockholms läns landsting införde NPM år 1992 genom den s.k. "Stockholmsmodellen" vilket innebar en ökad uppifrånstyrning (Pettersson, 1999).

I SCB:s arbetsmiljöundersökningar (2001, 2005, 2007) ställs frågor om bl.a. möjlighet att vara med och besluta om det egna arbetets uppläggning. År 2001 svarade 39 procent av läkarna att de sällan eller aldrig hade sådana möjligheter. Åren 2005 och 2007 svarade 76 procent av läkarna så. Samma utveckling har skett bland specialistsjuksköterskorna och sjuksköterskorna, medan andelen undersköterskor som rapporterade samma sak var 33 procent vid båda dessa tillfällen. Andelen av alla andra yrkesarbetande som sällan eller aldrig kunde vara med och besluta om det egna arbetets uppläggning låg på 27 procent vid båda mättillfällena.

En bearbetning av SCB:s arbetsmiljöundersökningar (Gustafsson, 2004) visar att under 1990-talets början upplevde cirka 20 procent av vårdens personal en arbetssituation som karaktäriserades av höga krav och låg kontroll, vilket är en kombination som betraktas som ohälsosam (Karasek & Theorell, 1990). Ett decennium senare uppgav 40 procent inom sjukvården att de hade höga krav kombinerat med låg kontroll över arbetet, jämfört med 16 procent bland övriga anställda.

Vi har funnit några studier från svenska forskare som visar ett samband mellan etiska konflikter (rollkonflikter) för läkarna; konflikter mellan kortsiktig kostnadseffektivitet och ett kvalitativt omhändertagande av patienterna (Forsberg, 2001; Bejerot & Astvik, 2009). I en studie av sjukvårdspersonalens upplevelse av sina arbetsförhållanden (Hallberg & Sverke, 2004) ställdes bland annat frågor om rollkonflikter. Frågorna visade sig kunna förutse både emotionell utmattning och cynism gentemot patienterna, på samma sätt som hög arbetsbelastning gjorde det.

Olsson & Ingvad (2006) undersökte beställare/ utförarmodellens påverkan på hemtjänst-personalens arbetsmiljö och omsorgskvaliteten i tre kommuner. De fann att kommunikationen mellan dem som blivit beställare resp. utförarna minskade, d.v.s. det uppstod ett kommunikationsgap (Olsson & Ingvad, 2000). Även kommunikationen mellan brukarna och hemtjänstpersonalen försämrades, vilket i studien kopplas till försämrat ledarskap genom större arbetsgrupper och ökat ansvar för första linjens chefer.

Flera forskare (Tuohy, 1999; Pollit & Bouckaert, 2000; Lian, 2003; McDonough, 2008) bekräftar hypotesen att hur kraven utifrån NPM uppfattas av de anställda inom offentlig sektor är kontextberoende. Enligt Falkenberg (2010) är de viktiga faktorerna för detta hierarkisk nivå och kön. Härenstam (2005) anger också hierarkisk nivå som en viktig faktor och anger även att branscher där arbetstagarna har lågt inflytande i högre grad rapporterar negativa effekter av NPM-reformer.

I den folkhälsoenkät som genomfördes inom Stockholms läns landsting åren 1994 och 1998 ställdes frågor om arbetet, livsvillkoren och hälsan hos vårdanställda. Studien ger belägg för att NPM både kan förbättra och försämma arbetsförhållandena, beroende på kontexten (Pettersson, 1999).

I en vårdhälsorapport, som bygger på folkhälsoenkäten, undersöktes arbetsförhållandena efter införandet av NPM i Stockholms läns landsting, genom att jämföra svaren från 668 personer (85 % kvinnor) som arbetade i vårdyrke år 1994 och år 1998. Det framkom att i den grupp som rapporterade dåliga arbetsförhållanden år 1994 och sämre arbetsförhållanden 1998, hade andelen med rörelseorgansbesvär fördubblats för att uppgå till nästan 50 procent. Även i den grupp som år 1994 rapporterade bra arbetsförhållanden men sämre arbetsförhållanden 1998, hade andelen med rörelseorgansbesvär fördubblats, till att år 1998 uppgå till en tredjedel. De områden som generellt verkar ha påverkats i negativ riktning är arbetsbelastning, rollkonflikter och anställningstrygghet.

Läkarna som grupp rapporterade de största försämringarna i arbetsförhållandena med öka arbetsbörda, tidspress och övertid och samtidigt mindre resurser i form av utveckling, inflytande, stöd och delaktighet. Läkare i slutenvården och inom primärvården anges som förlorare på grund av försämrade psykosociala arbetsförhållanden och försämrad arbetshälsa. Läkare med mer administrativa arbetsuppgifter rapporterade hög delaktighet och kontroll samt en god hälsa. De sjuksköterskor som arbetade på små arbetsplatser rapporterade bättre arbetsförhållanden. Sämst arbetsförhållanden och också sämst hälsa hade sjuksköterskor med ledningsansvar och läkare utan ledningsansvar. Det tunga arbetet för undersköterskor och vårdbiträden, främst inom geriatriken, var oförändrat.

En enkätstudie av Lampou (1996) hade som syfte att undersökta värderingar och attityder kring ekonomins roll i sjukvården och den ökade användningen av ekonomistyrning. Enkäten besvarades av 241 överläkare och 196 avdelningsföreståndare. Resultatet visade att respondenterna upplevde att de inte kunde handla i enlighet med sina värderingar. De uppfattade styrningen av dem själva som hårdare i bemärkelsen att den bl.a. var detaljerad och hade hög frekvens. Ett annat resultat i studien var att klinikcheferna huvudsakligen reducerat klinikens direkta kostnader och få åtgärder gjorts för att öka intäkterna.

Diskussion

Först tar vi mycket kortfattat upp några huvudresultat från de studier som publicerats vetenskapligt, och som ingår i tabell 1. Därefter följer en generell diskussion, som bygger på hela det material som behandlas i rapporten.

Vetenskapligt publicerade studier

Det var svårt att hitta vetenskapligt publicerade empiriska studier, som uttalat behandlar fenomenet NPM. Viktiga delfenomen inom detta område, såsom privatisering av offentlig verksamhet och införande av mer prestationsbaserad ersättning inom vård och omsorg, har dock studerats.

Longitudinella studier

Olsson & Ingvad (2006) har i en longitudinell studie inom hemtjänsten funnit försämringar i arbetsmiljö över tid under 1990-talet. Bl.a. uppdelningen i beställar- respektive utförarorganisation upplevdes leda till negativa konsekvenser för arbetsmiljön, t ex större kommunikationsgap mellan kommunens tjänstemän och utförarna.

Falkenberg (2010) har i kontrollerade studier över tid undersökt effekter för vårdpersonalen vid privatisering av sjukhus. Hon drar slutsatsen att det är yrkesgrupper på mellannivå som påverkas mest vid privatisering, och då huvudsakligen i negativ riktning avseende arbetsförhållanden och arbetstillfredsställelse. För vårdpersonal som hel grupp framkom inga signifikanta utfall. Hertting m.fl. (2003) har undersökt hur läkare, sjuksköterskor och undersköterskor upplevde de förändringar, enligt marknadsorienterade management-koncept, som skedde på det sjukhus där de arbetade åren 1994 - 2001. Generellt rapporterade personalen ökad arbetsbelastning, mer motstridiga krav i arbetet, minskat stöd och större missnöje med arbetsledningen.

Forsberg et al (2002) följde, genom upprepade mätningar mellan 1992 och 1998, hur införandet av prestationsbaserade ersättningssystem påverkade läkares upplevelse av inflytande över verksamhetskvalitet och arbetsförhållanden.

Resultaten visade ökat missnöje avseende inflytande, arbetstillfredsställelse och välbefinnande.

Tvärsnittsstudier

Övriga studier, som tas upp nedan, är tvärsnittsstudier vid ett enstaka tillfälle, och kan därmed inte ligga till grund för slutsatser om effekter av förändringar eller orsaker till beskrivna förhållanden.

I Hansens et al studie (2009) om utbrändhet bland sjuksköterskor på tre akutsjukhus med olika ägarformer (vinstdrivande privatägt, ickevinstdrivande privatägt och landstingsägt) visar resultaten att sjuksköterskorna på det vinstdrivande sjukhuset rapporterade den högsta graden av utbrändhet och cynism. I övrigt fanns endast små skillnader som kunde kopplas till ägarförhållanden.

Denton et al (2006) undersökte av vilka arbetsmässiga skäl en hög andel hemtjänstpersonal och sköterskor inom hemtjänsten i Kanada sade upp sig från sina arbeten i samband med att man införde konkurrens mellan olika hemtjänstutförare. Sköterskor angav främst dålig lön, brist på stöd från arbetsledare, stress, otrygghet, hög arbetsbelastning, otillfredsställande förmåner, brist på stöd från kollegor och brist på utbildningsmöjligheter. Bland övrig hemtjänstpersonal svarade stora andelar dåliga arbetstider, inga garantitimmor, hälsoskäl eller arbetsskada.

I en annan studie av kanadensisk hemtjänstpersonal (Denton et al, 2002) studerades hur omorganisationer, i linje med idéerna inom NPM, under 1990-talet påverkade de anställda. Resultaten visade bl.a. att arbetstillfredsställelsen minskade, medan de upplevda kraven och den arbetsrelaterade stressen ökade.

Vi har också funnit två relevanta studier från Australien: Brunetto och Farr-Wharton (2005) fann att sjuksköterskor och omsorgspersonal inom hemtjänsten upplevde att det psykologiska kontraktet med dem som professionella hade skadats av de genomförda förändringarna av sektorns organisation, och att det i sin tur påverkat arbetstillfredsställelsen negativt. Newman och Lawler (2009) redovisar att sjuksköterskor med arbetsledande uppgifter uppgav att NPM-reformerna inom sjukvården bidragit till ökad komplexitet, byråkrati och centraliserad kontroll samt ökade konflikter och motsättningar.

Slutsatser av de vetenskapligt publicerade studierna

Studier om vårdens arbetsförhållanden har ofta saknat direkt koppling till 1990-talets förändringar i styrfilosofi och styrformer och är huvudsakligen tvärsnittsstudier. Vi har endast funnit fem studier genomförda i Sverige med koppling mellan styrningen och personalens arbetsförhållanden. De visar sammantaget att förändringstendenserna gått mot ett ökat kostnadsmedvetande, högre arbetsbelastning, lägre grad av anställningstrygghet, lägre arbetstillfredsställelse, ökad trötthet, cynism och utmattning, mindre psykisk energi och mer psykosomatiska symptom. Hög grad av sådana symptom har beskrivits främst hos läkare och sjuksköterskor. Bland sjuksköterskor och undersköterskor rapporteras högst grad av uppgivenhet. Läkare rapporterar minskat inflytande.

Studierna är också mycket olika varandra varför vi valt att ovan kortfattat diskutera de huvudsakliga resultat som varje enskild studie genererat.

I några empiriska studier beskrivs påverkan på personalens hälsa och välbefinnande, kopplat till förändrade arbetsförhållanden. Hälsoutfall har mätts bl.a. genom upplevelse av stress, cynism, utbrändhet och besvär i rörelseorganen. Resultaten tyder på negativa effekter av införande av NPM.

Typen och effekten av påverkan kan skilja sig åt beroende på typ av verksamhet, storlek på sjukhus eller enhet och i vilken mån det lokala ledarskapet förmår eller har möjlighet att dämpa negativa konsekvenser av stark standardiserad uppifrånstyrning.

Som framgått ovan, i texten och i tabell 1, har de 9 granskade empiriska studierna kommit fram till liknande slutsatser avseende personalens arbetsförhållanden. Trots det är det svårt att dra säkra slutsatser angående effekter av NPM, då studierna inte fastställer orsakssamband och behandlar olika delaspekter av begreppet NPM. Dessutom innehåller de studerade förändringarna flera olika komponenter, som inte alltid kan kopplas direkt till NPM, vilket gör det svårt att dra slutsatser om hur mycket just NPM medverkat till negativa konsekvenser, jämfört med övriga förändringskomponenter. Resultaten, speciellt de som framkommit i de longitudinella studierna och de som bygger på stora material, måste dock sägas utgöra varningssignaler. Resultaten i samtliga nio studier pekar tillsammans klart på att förändringar som kan relateras till NPM innebär risk för arbetsförhållanden som upplevs som negativa av de anställda.

Generell diskussion

Diskussionen ägnas främst åt personalens arbetsförhållanden inom den svenska vården och omsorgen. NPM har ofta en nationell utformning och effekterna på personalens arbetsförhållanden och hälsa kan variera från land till land (se t.ex. Weishaupt, 2010). Även typ av bransch (vård eller omsorg), arbetsgivare och yrkesgrupp behöver beaktas (se t.ex. Bach et al, 2007, Falkenberg et al, 2009). Vår genomgång visar att det är svårt att finna säkra samband mellan införandet av NPM och utfall i form av påverkan på personalens arbetsförhållanden, välbefinnande och hälsa. Vi har dock fått stöd för följande slutsatser angående hur NPM påverkar sådana styrformer inom vård och omsorg som har betydelse för personalens arbetsförhållanden:

- Ökade krav på kostnadsmedvetenhet och kundanpassning hos de anställda
- Risk för fragmentisering inom och mellan verksamheter och för att kortsiktiga ekonomiska intressen går före vård- och omsorgs- kvaliteten
- Ökad grad av uppifrånstyrning, främst med hjälp av standardiserade, tekniska styrsystem

När det gäller personalens arbetsförhållanden har vi funnit följande förändringar, som har samband med NPM:

- Ökade kvantitativa och kvalitativa krav, risk för lägre egenkontroll och mindre inflytande.
- Ökad risk för etiska konflikter/rollkonflikter och därigenom fler motstridiga krav och risk för samvetsstress och cynism bland personalen.
- Ökad andel med tidsbegränsad anställning, med risk för minskad trygghet för personalen som följd.

Nedskärningar (downsizing) och ökning av effektivitetskrav har genomförts och har sannolikt haft negativa effekter på arbetsförhållandena för yrkesgrupperna inom vården och omsorgen. Neddragningar hade med stor sannolikhet skett under 90-talets lågkonjunktur oavsett NPM, men en motiverad fråga är om nya värderingar, med bl.a. högre produktivitetskrav, och den ökade förändringsstress som medföljde NPM, förvärrade arbetssituationen och bidrog till de höga ohälsotalen.

Rationaliseringar har varit vanligt förekommande inom den offentliga sektorn i flera decennier. En skillnad verkar dock vara att NPM innebär ständig (förebyggande) rationalisering genom att inga ekonomiska medel levereras om inte en motsvarande arbetsprestation gentemot patienter eller brukare redovisats. NPM-konceptet innebär alltså att det inte finns några buffertar i den ordinarie verksamheten (s.k. slimmade organisationer). Vid neddragningar, t.ex. vid lågkonjunkturer, antas dessa slå direkt mot kärnverksamheten i slimmade organisationer. Det i sin tur ökar kraven på personalen att inte låta brukarna eller patienterna bli lidande. Ansvar för tredje part hamnar alltid till sist hos frontpersonalen. De får i sitt dagliga arbete uppleva konsekvenserna av neddragningarna, vilket kan skapa stress, för hög arbetsbelastning, tidspress och en känsla av otillräcklighet (se t.ex. Astvik, 2003).

Andra sätt att lösa obalansen mellan krav och resurser är att försöka dölja sin otillräcklighet där det är möjligt, som t.ex. inom psykiatrin som kan vägra ta emot eller släppa ut patienter för tidigt (Citrome, 1997; Evans & McGee, 1998), vilket i värsta fall kan få förödande konsekvenser både för patienter och för omgivningen. En annan studie visar på ökad risk för att vård- och omsorgspersonalen gör misstag p.g.a. för hög arbetsbelastning och att verksamhetskvaliteten på så sätt försämras (Jones & Arana, 1996).

Generellt leder rationaliseringar till negativa effekter på hälsan för den kvarvarande personalen och särskilt för anställda inom vården och omsorgen (Westgaard & Winkel, 2010). Alla organisationsförändringar för att öka effektiviteten behöver emellertid inte få sådana effekter. De studier som gjorts vid omstruktureringar inom vården och omsorgen, med NPM-ingredienser som kundfokus och fokus på kvalitetsförbättringar, visar negativa effekter på de anställdas hälsa endast om personalen inte varit delaktig, om det inte funnits tillräckligt med resurser eller om förändringarna genomförts med en uppifrånstyrning som inte tagit hänsyn till arbetsmiljöaspekterna (Westgaard & Winkel, 2010).

Rationaliseringarna under 1990-talet ledde till att den personal som tidigare svarade för mycket av det administrativa arbetet kraftigt reducerades. Det föranleder en fråga om i vilken omfattning läkare, sjuksköterskor och omsorgspersonal ska sköta administrativa uppgifter. NPM:s betoning av alla enheters resultatansvar innebär att det kan anses för dyrt med specialiserad administrativ personal som enbart ska bekostas av en enhet. Enligt kostnadsrationaliteten innebär mycket stödresurser ett ineffektivt resursutnyttjande inom enheten. Men enligt vård- och omsorgsrationaliteten är det bra med stödresurser i form av administrativ personal om de avlastar läkare och sjuksköterskor så de i större utsträckning kan använda sin tid till patienterna (se t.ex. Lindvall 1997). Att rätt yrkeskategori gör rätt saker är en viktig del av ett effektivitetstänkande. I dag används alltför mycket läkartid åt att exempelvis sortera provsvar, söka remissvar, skriva intyg, jaga platser, arbeta med registreringar och mycket annat som minskar och fragmentiserar värdefull tid med patienterna. Landstinget i Östergötland har räknat ut att 1,5 miljoner arbetstimmar kan omvandlas från administration till patientvård om man tillåts jobba smartare. Omräknat motsvarar det arbetsinsatsen hos cirka 18 000 sjuksköterskor och läkare i Sverige under ett år (Närlid, 2009). Enligt Hallin & Siverbo (2002) är risken stor för att NPM ökar de administrativa kostnaderna.

När de granskade studiernas syfte inte varit att finna direkta samband, utan NPM enbart nämns som en bakgrundsvariabel, blir osäkerheten hög, eftersom det är svårt att urskilja om NPM, och i så fall vilka specifika delar, som påverkar olika yrkesgruppers arbetsförhållanden och hälsa. Däremot anser vi oss utifrån ett teoretiskt och logiskt resonemang kunna härleda vissa påfrestande arbetsförhållanden till vissa grundläggande principer som är typiska för just NPM. Till exempel kan ansvariga på de enheter som tvingas bära sina egna kostnader förväntas vara mer benägna till ekonomiska avvägningar, vilket kan gå ut över patienterna/brukarna, eller vara mer benägna att ställa högre produktivitetskrav på personalen, med risk för alltför hög arbetsbelastning, stor tidspress, otrygga anställningsformer och mindre intresse för rehabilitering.

Kunskapssammanställningen visar att NPM:s effekter på personalens arbetsförhållanden är svåråtgångade i de studier som gjorts. En slutsats är att forskningen behöver studera utfallen av NPM över tid och för varje yrkesgrupp för sig inom vården och omsorgen. Arbetsvillkor och arbetsförhållanden skiljer sig åt mellan de aktuella yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden, så att effekterna av NPM kan skilja sig mellan yrkesgrupper. Arbetsvillkoren och arbetsförhållandena kan även skilja sig mellan olika specialområden och olika arbetsgivare.

Nedan diskuterar vi några områden/teman som under arbetet med rapporten framträtt som viktiga för att förstå utvecklingen inom vård och omsorgssektorn efter införandet av NPM.

Ekonomisk styrning

Effektivitetssträvanden genom att hålla nere de offentliga kostnaderna är ett genomgående drag för samtliga EU-länder som infört NPM. Man vill få ut mer av befintliga resurser och förbättra EUs möjligheter i den globala konkurrensen. Effektivitetsbegreppet tolkas då som liktydigt med produktivitet eller kostnadsreduktion, medan det, enligt oss, snarare bör definieras som förhållandet mellan insatta resurser och vad som åstadkommes med dessa resurser, i termer av ändamålsenlighet, nytta och kvalitet. Det är ofta svårt att mäta kvaliteten och värdet av det som produceras inom vården och omsorgen, inte minst för att det kan finnas olika politiska meningar om värdet av eller målen för produktionen. Så slutligen är det en värderingsfråga för de politiska beslutsfattarna. NPM-konceptet innebär en ökad tonvikt på ekonomin, inte minst genom uppföljningen av ”input” och ”output”, så även på detaljnivå (Hallin & Siverbo, 2002).

Inom ekonomisk teori och praktik är det vanligt att analysera en organisation som en samling ”black boxes” eller ”svarta lådor” (Gustafsson m fl., 1992). För att kunna mäta ”input” och ”output” behövs avgränsade resultatenheter. Fokus är inställt på budget, prestationer, utförda aktiviteter och på uppföljning/kontroll. Risken är stor att de tjänstemän som formulerar de detaljerade kraven på policy-nivå inte har tillräcklig insyn i villkoren för produktionen (se t.ex. Quist, 2007). Detta blir ett bekymmer ur ett effektivitets- lärande- och utvecklingsperspektiv. Även om styrsystemet har givna beståndsdelar så behöver dessa utformas verksamhetsspecifikt beroende på struktur, kultur och omgivning (se t.ex. Stigendahl, 2007).

En gemensam nämnare för ”frontpersonalen” inom vård och omsorg (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden) är att arbetet innebär ansvar för tredje part, d.v.s. patienter eller brukare. Målet med deras arbete är ett ökat välbefinnande och/eller förbättrad hälsa för patienter och brukare. I mötet mellan personalen och patienten/brukaren finns numera en ”prislapp”, något som är en central del i mötet mellan kund och leverantör inom marknadsekonomin. Med NPM sker prissättningen centralt och är svår att påverka lokalt. Däremot kan man påverka kostnaderna. Ett sådant prissättningssystem innebär att det är mycket viktigt att ersättningsnivåerna är omdömesgilla och utgår från de aktiviteter som faktiskt behöver göras inom varje verksamhetsområde för att nå en viss kvalitet. T.ex. bör en socioekonomisk ersättningsdel ingå om man vill undvika alltför hög arbetsbelastning och tidspress på personalen, eftersom socialt belastade områden kräver mer omfattande resurser.

En slutsats vi kan dra är att yrkesgrupperna inom vård och omsorg är mer styrda och kontrollerade utifrån den ekonomiska dimensionen efter införandet av NPM. Det i sin tur innebär att ersättningssystemens och kontroll- och uppföljningssystemens utformning har stor påverkan på personalens arbetsförhållanden och deras förutsättningar att ge god behandling och omvårdnad till patienterna eller brukarna.

Exempel på detta ges i en rapport om hemsjukvården vid åtta husläkarmottagningar i Stockholms län (Hagman & Österman, 2011). Hemsjukvårdens personal uppgav att vårdvalet inte i någon större utsträckning har påverkat vården för den äldre hemsjukvårdspatienten. Däremot har förändringar i ersättningssystemet, och införandet av ersättningstak för antalet hembesök, påverkat insatserna för de mest sjuka äldre. Nästan all personal som intervjuades inom hemsjukvården uppgav att de var missnöjda med hur Vårdval Stockholms ersättningssystem dimensionerats. De ansåg att ersättningsmodellen inte tog hänsyn till de mest sjuka äldres olika behov och situation i tillräcklig utsträckning. I rapporten för personalen även fram önskemål om att modellen också bör ta hänsyn till vårdtyngd, diagnoser och socioekonomiska förhållanden.

För frontpersonalen är arbetsförhållandena intimt förknippade med möjligheterna till, eller kraven på, att tillmötesgå patienternas/brukarnas behov och önskemål (Astvik, 2003; Szebehely, 1995). Det finns skilda uppfattningar om hur funktionella de nya styrformerna är för att uppmuntra kommunikationen mellan de professionella yrkesgrupperna och beslutsfattare inom politik och ekonomi. Vår genomgång visar att NPM främst är en utpräglat uppifrånstyrd styrform. Kommunikation nerifrån och upp finns sällan med i de formella strukturerna och den ”kommunikation” som sker är ofta baserad på standardiserade, mer eller mindre centraliserade, IT-system. En risk med detta, och att IT-funktionerna för kontroll och uppföljning är så starka, är att IT-systemens bild får gälla för verklighet och sanning, även när man i systemen kan ha missat att ta hänsyn till för vården och omsorgen viktiga omständigheter. En effekt av NPM har varit att professionernas inflytande minskat och ekonomernas och administratörernas ökat. Strikta ekonomiska styrmodeller har hämtats från industriell verksamhet och få konsekvensanalyser har gjorts av hur detta faller ut inom det sociala området. Den ekonomiska vetenskapens modeller har sällan ifrågasatts, trots att de utgår från ett antal normativa ställningstaganden och inte speglar en ”objektiv” effektivitet (Ragneklint, 2004; Stigendahl, 2007; Siverbo & Hallin, 2002).

I Härenstams (2005) analys av förändringar i styrningen från 1990-talet anges att centralisering av makten sker genom indirekt kontroll, d.v.s. genom IT-systemen, och långt ifrån där arbetena utförs (se även Allvin & Aronsson, 2003). Hon menar att de ökade kraven minskat möjligheterna för reflektion och utbyte av erfarenheter på arbetsplatserna. De teknologiska systemen anges också ha inneburit att avstånden mellan de som tar de strategiska besluten och de som utför det operativa arbetet har ökat (Larsson, 2000; Szulkin, 1999).

Ersättningssystem

De studier vi funnit om betydelsen av prestationsbaserade ersättningssystem och hur personalen upplever dessa redovisar både positiva och negativa reaktioner (Kastberg & Siverbo, 2007). En del rapporterar ökad kostnadsmedvetenhet och större kundorientering, medan andra rapporterar försämringar av verksamhetskvaliteten (Svensson & Garelius, 1994) och sämre arbetsförhållanden (Gustafsson & Szebehely, 2005).

Betoningen av ekonomisk kontroll, ”ekonomismen”, har fört med sig att företagsekonomer i högre grad än de som arbetar i verksamheten formulerar vad som är ett bra arbete. Ledningen för vård- och omsorgsenheter följer om man har en hög beläggning – inte om man botar några sjuka. För ekonomerna är denna fokusering rimlig och naturlig (se t.ex. Stigendahl, 2007; Grönroos, 1990; Westrup & Persson, 2007). Men att enbart fokusera på de aktiviteter som ger ersättning, t.ex. tid hemma hos brukare eller patientbesök, innebär risk för suboptimering. Förbättringsarbete eller andra kringaktiviteter såsom kontakter med anhöriga inom äldreomsorgen eller arbetsgivare vid arbetsrelaterade sjukskrivningar, riskerar att försummas, då de inte ger någon ekonomisk ersättning. Ersättningssystem som enbart ersätter direkt tid med brukare eller patienter stärker inriktningen mot en kortsiktig kostnadseffektivitet. Ett ersättningssystem med en fast ersättningsdel kräver uppföljning av hur kringtiden används, d.v.s. den tid som inte används i direkta möten med patienter eller brukare (se Målvqvist, 2010).

Några av de empiriska studierna som behandlats ovan stödjer hypotesen att ekonomismen fått inflytande både över verksamhetskvaliteten och över personalens hälsa, t.ex. genom att läkare skickar hem patienter tidigare än vad som är medicinskt försvarbart (Forsberg et al, 2003; Svensson & Garelius, 1994) och att ökade produktivitetskrav, t.ex. på sjuksköterskor på ett privat sjukhus, resulterade i högre grad av utbrändhet (Hansen et al, 2009). En engelsk studie (Street m fl., 2010) visar att de offentliga sjukhusen behandlar mer svåra och komplexa fall än de privata, och forskarna anser att ersättningssystemet ska ta hänsyn till detta. Ersättningssystemen kan se olika ut i olika länder, men visar generellt på behovet av flexibilitet, både för att skapa rimliga arbetsförhållanden och för att skapa bra vård och omsorg för alla.

Det går inte att dra generella slutsatser om skillnader mellan offentlig och privat drift när det gäller personalens arbetsförhållanden. Arbetsförhållanden och verksamhetskvalitet varierar hos både offentliga och privata verksamheter (se Mache et al, 2009; Hansen et al, 2009, Falkenberg, 2009). Det kan vara andra faktorer som påverkar personalens arbetsförhållanden och hälsa än just att de privata verksamheterna ska generera vinst. Faktorer som bl.a. ersättningsformer, övergripande strukturer, arbetsvillkor eller hur väl det lokala ledarskapet fungerar.

Enligt Socialstyrelsen (2010) är ersättningssystemens utformning i hög grad beroende av vilken typ av beskrivningssystem inom vården som finns tillgängliga. Verksamhetsinriktade beskrivningssystem syftar primärt till en kliniskt korrekt beskrivning av verksamheten. Det innebär att de förutsättningar som ges inom olika verksamhetsområden inte finns med. Att få tillräcklig ekonomisk ersättning för behandling eller omvårdnad är mycket viktigt (balans mellan krav och resurser). Hur ersättningen sedan används för att skapa goda förutsättningar för personalen att kunna utföra ett bra arbete blir oftast respektive utförares ansvar. Även regeringen har påtalat problematiken med en stark övergripande styrning och den lokala enhetschefens arbetsmiljöansvar (Regeringens skrivelse 2009/10:248): ”Allt fler verksamheter väljer att genom upphandling av entreprenörer ersätta verksamhet med egna anställda s.k. outsourcing. För arbetsmiljön avgörande faktorer bestäms ofta i hög grad av beställaren och inte av entreprenören. Den pågående utvecklingen kan därför leda till att det enskilda företaget får mindre inflytande över faktorer som påverkar arbetsmiljön.”

Hur beställarna ska kunna följa upp hur de övergripande strukturerna, där ersättningssystemen är en del som de har ansvar för, bör utformas för att skapa goda förutsättningar för tjänsternas utföranden, bl. a genom goda arbetsförhållanden, blir därmed en viktig fråga.

Effektivitet, kvalitet och arbetsförhållanden

Enligt den s.k. PIQUE-studien (Hermann et al, 2007), har de artificiella marknaderna som skapats inom den offentliga sektorn inte inneburit de positiva effekter av konkurrensen som var avsikten, däremot har de ökat kraven på vården och omsorgen att skära ned på kostnaderna. PIQUE-studiens resultat skulle alltså innebära att NPM främst är en rationaliseringsåtgärd och inte en effektiviseringsåtgärd. I en sammantagen bedömning av beställar/utförarmodellernas konsekvenser konstaterar Socialstyrelsen att prestationerna hade ökat mer i de landsting som infört prestationsersättning, medan de landsting som hade behållit den traditionella anslagsfinansieringen tycktes ha lyckats bättre med att begränsa kostnadsutvecklingen (Socialstyrelsen 1999). Detta kan vara en anledning till den ökade centrala styrningen på 2000-talet (se t.ex. Anell, 2005) och minskningen av den decentralisering som var påtaglig när NPM infördes. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) har samlat en grupp ledande svenska välfärdsvetare, som sammanfattat kunskapsläget avseende effekter av det genomgripande systemskiftet inom den svenska välfärdproduktionen (Hartman, red. 2011). Deras främsta slutsats är att konsekvenserna av ökad konkurrens är anmärkningsvärt utforskade. Befintlig forskning visar inte på några entydiga effekter vare sig avseende kostnader eller kvalitet.

Begreppet vårdtyngd kan jämföras med begreppet vårdbehov. Dock med den skillnaden att vårdbehovet är patientens och vårdtyngden är vårdarens. Båda är objektivt mätbara, båda innehåller viktiga subjektiva upplevelser, som bara den enskilda patienten eller vårdaren kan skatta. Inom området omvårdnad är graden av vårdtyngd en central fråga. Det är vanligt att ökad vårdtyngd idag leder till att personalen får mer tid hemma hos brukaren. Men även andra resurser krävs ofta för att uppnå god kvalitet på tjänsternas utförande, t.ex. kompetensutveckling för personalen, extra hjälpmedel eller dubbelbemanning. Ett bra mätinstrument bör innehålla frågor som ger svar på vårdtagarens fysiska, psykiska, medicinska och sociala status (Luppens kunskapscentrum, 2001). Vårdtyngden kan även betraktas ur ett personalperspektiv. Statistik på andel anställda inom äldreomsorgen visar att endast 36 procent är över 59 år (SKL, 2008).

Läkarna måste ta ansvar för sina beslut utifrån olika intressekonflikter som uppstår genom de nya styrformerna (Bejerot & Astvik, 2009). Bejerot och Astvik har i sin studie funnit fyra dilemman i läkarens möte med patienter som har samband med de nya styrformerna: 1) konflikten mellan kundens rätt till service och läkarens professionella bedömning. 2) konflikten som uppstår ur rädslan för att bli anmäld, där valet står mellan att arbeta rationellt och effektivt för patienten eller att skydda sig själv. 3) läkarens balansering mellan det traditionella ansvaret som ligger i läkarrollen och kunddiskursens betoning på patientens eget ansvar. 4) konflikten mellan att agera i enlighet med professionell etik eller efter ekonomiska riktlinjer. I kritiska analyser av kundstyrning visas hur verksamhetens ledning tar över de professionellas legitimitet att tala för kundens räkning, t.ex. genom program för att "sätta kunden i centrum" (Hasselbladh m.fl., 2008).

Uppifrånstyrningens problematik

Ekonomistyrningsverket (ESV) levererar system till resultatstyrning, finansiell styrning, målformulering, resultatanalys och resultatredovisning inom den offentliga sektorn. Detta tyder på att uppifrånstyrningen genom tekniska styrsystem är väl etablerad, för att inte säga självklar, och rimligen får stark påverkan på verksamheterna inom vården och omsorgen (se även Hallin & Siverbo, 2002). Uppifrånstyrningen gäller både från den politiska och från den administrativa domänen. Siverbo och Åkesson (2009) varnar för den okritiska användningen av styrverktyg och för risken med att arbeta utifrån flera styrmodeller samtidigt, vilket inte är ovanligt, enligt dem. De hävdar att en "överdosering" av styrning får allvarliga konsekvenser. Det driver fram kostnader bl. a. genom att chefer på mellannivå blir tvungna att ägna tid åt att hantera inkompatibla styrsignaler istället för att försöka anpassa verksamheten till nya yttre förutsättningar. Organisationerna riskerar att dräneras på energi och i värsta fall resignerar verksamhetscheferna inför oförenliga krav, vilket bl. a. går ut över personalen.

Forskare från Ekonomihögskolan i Lund har undersökt de ekonomiska styrsystemens effekter inom barnomsorgen (Westrup & Persson, 2007). De konstaterar att ekonomiska styrmodeller inte lämpar sig alls för kommuner men att de ändå används överallt. Den kommunala organisationen präglades av kort-siktig styrning och de flesta problem som uppstod löstes med hastiga och akuta insatser. Förebyggande insatser saknades och verksamheterna blev på längre sikt dyrare. Styrsystemen hindrade även samverkan mellan organisationsgränserna. Forskarnas slutsats var att problemet var de ekonomiska resultatenheterna och bristen på horisontell styrning. De menar också att det inte behövs mer resurser utan ett helhetsperspektiv på verksamheten. Styrsystem som ger rätta förutsättningar och ger stödjande strukturer och inte hindrar arbetet i sociala verksamheter, blir en viktig del, inte minst för att underlätta det förebyggande arbetet (se t.ex. Kraus, 2007).

Uppifrånstyrningen inom den offentliga sektorn är inspirerad av fenomen som "outsourcing" och "just-in-time", som ingår som en del både i NPM och i konceptet "lean" (tas upp senare i diskussionen). Båda styrmetoderna innebär hög kostnadsmedvetenhet, inget "slack" och minimalt med stödresurser. Båda koncepten är hämtade från varuproduktionen. De flesta verksamhetsområden inom vården och omsorgen är s.k. "slimmade organisationer" (se t.ex. Barklöf 2000a; 200b; Lennerlöf, 2000).

Det finns dock verksamhetsområden som är särskilt krävande för personalen för att uppnå bra kvalitet på behandling och omvårdnad. Till primärvården, psykiatrin och hemtjänsten kommer många patienter/brukare med hela sin livssituation, som många gånger innebär komplexa och svårbehandlade problem. Sådana verksamheter behöver få lägre kvantitativa krav, genom t.ex. en viss andel fast ersättning för kringtid och stödresurser. Om alla utförare inom sådana mer komplexa verksamheter får samma villkor påverkas inte konkurrensen, men det ställer krav på god uppföljning.

En risk med stark uppfifrånstyrning och liten möjlighet till lokalt inflytande är att det blir ett hinder för processorientering, (se t.ex. Ohno 1988; Nilsson 2003; Kraus, 2007; Siverbo & Åkesson, 2009).

En annan risk med den typ av resultatstyrning som sker idag är att de mätningar som görs sällan kopplas till målen eller till verksamhetsprocessen. Risken för att styrsystemen definierar verkligheten och bortser från viktiga delar på ett lokalt plan är stor (se t.ex. Seddon, 2005; Sundström, 2007; Stigendahl, 2007; Socialstyrelsen, 2007; Målqvist, 2010), vilket innebär att verksamheterna försöker anpassa sig till systemen i stället för tvärtom. Det ekonomiska styrsystemet behöver utvecklas så att det bidrar till att få fram relevant underlag för att bedöma hur övergripande mål och strategier har förverkligats. Detta kräver dialog mellan de som planerar, de som genomför och de som följer upp.

Kvalitativa uppföljningar görs i liten utsträckning och då främst genom upplevelsebaserade enkätundersökningar av ”kundernas” nöjdhet. Sådana undersökningar kan vara otillräckliga, eftersom det visats att brukare inom äldreomsorgen överrapporterar sin nöjdhet. Inom sjukvården kan kundtillfredsställelsen kompliceras av att patienten kan ha åsikter om medicinska åtgärder, önskemål om sjukskrivning etc., som läkaren inte anser är försvarbara. Inom t.ex. psykiatri och onkologi är det svårt att göra bra enkätundersökningar om kundtillfredsställelse.

Uppifrånstyrning kan leda till bättre kontroll över de anställda och de kvantitativa prestationerna, men leder ofta inte till kontroll över problem, eventuella lösningar eller till att verksamhetsmålen uppfylls (se t.ex. Christensen och Laegreid, 2005;2006; Stigendahl, 2007, Westrup & Persson, 2007).

Det går inte att styra all verksamhet med en linjär, instrumentell logik. Komplexa problemområden förstås istället bäst som system, där man försöker förstå helhet och samband mellan delarna snarare än att bryta ner och isolera delarna för att styra dem var för sig. När privata utförare finns med som aktörer kan inte beställarna ställa krav på att andra mål ska prioriteras före den egna lönsamheten om inte resurser öronmärks och följs upp och kontrolleras så att de används som de var avsedda. De olika perspektiv som finns i ledningen och på ”golvet” behöver balanseras. Den ekonomiska, administrativa synen på vad mål ska uttrycka och vad som ska mätas och följas upp bör balanseras med verksamhetens perspektiv på vad som är viktigt för att lösa uppdraget.

Personalen har oftast ett stort intresse av att undanröja hinder i systemet för att kunna hjälpa tredje part så bra och effektivt som möjligt utan onödigt eget energislöseri. En risk med stark uppfifrånstyrning är att närmaste chef och personalen har små möjligheter att påverka verksamheten i någon särskild omfattning. Detta rimmar illa med de många studier som undersökt betydelsen av balans mellan arbetskrav och egenkontroll för att inte skapa arbetsrelaterad ohälsa (se t.ex. Karasek & Theorell, 1990; Söderfeldt et al, 1996; de Jonge et al, 2000). Höga krav i arbetet behöver följas av hög grad av egenkontroll.

Stark uppfifrånstyrning och god arbetshälsa är svårförenligt (Karasek & Theorell, 1990; SOU, 2002; Hertting & Theorell, 2002). Höga produktivitetskrav, som oftast är en del av stark uppfifrånstyrning, har också negativ inverkan på de anställdas inflytande. Detta kan vara särskilt ohälsosamt inom human-serviceyrkena med deras särskilda villkor (se Peterson, 2008; Hansen, 2008; Falkenberg, 2010). Anställda inom vård och omsorg som påverkas av höga produktivitetskrav utan att ha tillräckliga resurser för att hantera kraven (arbetsgivarens, patienternas och de egna professionella kraven) riskerar ohälsa (se t.ex. Hallberg & Sverke, 2004).

Konsekvenser av lokala resultatenheter

Beställar-utförarmodell på politisk nivå innebär att beställande nämnder och deras kanslier organisatoriskt separeras från produktionsorganisationen, d.v.s. de egna kommunala utförarna. I och med den nya lagen om valfrihetssystem (LOV) måste alla kommuner anamma modellen, både på politisk nivå och tjänstemannanivå, inom kommunens alla verksamhetsområden (och bjuda in externa utförare). Detta innebär i sin tur att alla utförarenheter i kommuner och landsting blir egna ekonomiska resultatenheter och ska bära alla egna kostnader. De säljer sina tjänster som ett internt företag och får ersättning för detta från de kommunala eller landstingskommunala uppdragsgivarna på samma sätt som de externa utförarna. Alltså är stora delar av den kommunala verksamheten, likaväl som de privata verksamheterna, styrda av den övergripande strukturella och ekonomiska styrningen.

Från att tidigare huvudsakligen definierat behov utifrån professionella kriterier behöver chefer och personal vid de kommunala enheterna numera kontinuerligt balansera behov och resurser. Detta har skapat en kostnadsmedvetenhet men gör också att professionalismen delvis får ge vika för en ekonomism även inom de offentliga utförarenheterna (Johansson m.fl., 1994; Leffler, 1996). När alla enheter ska bära sina egna kostnader kan motstridiga krav och etiska rollkonflikter uppstå bland personalen. Ett problem som kan härledas till att varje enhet ska bära sina egna kostnader, är att ökad kvantitet ger mer intäkter eftersom dessa alltid är kopplade till direkt patient- eller brukartid. Förutom risken för ofullkomlig behandling och omvårdnad av patienter och brukare med mer komplex problematik, riskerar frontpersonalens rollkonflikt att påverka deras eget välbefinnande negativt (se t.ex. Hansson m.fl., 2007). Det finns en risk att de offentliga utförarna får mer svåra, multisjuka brukare, eller brukare med omfattande social problematik, medan de privata utförarna inriktar sig på de lättare och mer avgränsade fallen (se t.ex. Mason et al, 2010; Målvqvist, 2010; Street m.fl., 2010; Dahlgren, 2010) om möjligheten ges.

En annan risk med att all verksamhet inom vård och omsorg är uppdelad i egna resultatenheter är att det motverkar systemtänkande; vården och omsorgen uppfattas som fragmentarisk och med främsta målet att klara den egna budgeten och inte att skapa samverkan för patienternas eller brukarnas bästa i första hand. Sådant ekonomiskt tänkande försvårar strävan mot vårdkedjor. Vårdkedjor ställer krav på helhetstänkande och samverkan mellan enheter (se t.ex. Lindberg & Trädgårdh, 2001; Seddon, 2005; Stigendahl, 2007; Westrup & Persson, 2007; Lindberg & Blomgren, 2009).

Almqvist (2006) har studerat effekterna av införandet av NPM i Stockholms stad och ställer utifrån sina resultat frågan om den bästa effekten av införandet av konkurrens. Han menar att den bästa effekten inte orsakades av själva införandet, utan av hotet om konkurrens, eftersom det ställde krav på genomlysning av organisationen ur ett effektivitetsperspektiv och skapade en kostnadsmedvetenhet.

Integrering av uppifrånstyrning och lokalt inflytande

Är det då möjligt att integrera strukturell uppifrånstyrning med lokal delaktighet som både möjliggör tillräcklig effektivitet, god verksamhetskvalitet och personalens påverkan på sitt arbete och sin hälsa?

Svaret är bl.a. beroende av hur effektivitet och verksamhetskvalitet mäts. Väl fungerande mått kännetecknas av att:

1. måtten relateras till syftet med verksamheten
2. måtten är integrerade med arbetet
3. förändring som leder till förbättring kan läsas av
4. måtten hjälper personalen att förstå och förbättra sitt arbetssätt
5. måtten skapas i en aktiv dialog mellan styrande och utförare (se t.ex. Westrup, 2002) och Stigendahl, (2007)

Här kan det vara intressant att anknyta till den sedan flera decennier pågående diskussion som förs under rubriken ”lean”. Styrfilosofin bakom ”lean production” och ”lean service ” kan omsättas i konkreta sätt att arbeta förebyggande med effektivitet och kvalitet, samtidigt som personalen ges möjlighet att vara delaktig i dessa strävanden (se t.ex. Stockholms läns landsting, 2009; Westgaard & Winkel, 2010). Mazzocato et al (2010) påvisar dock i en litteratursammanställning av utvärderingar av lean-konceptet inom vårdsektorn, att inga studier tar upp konsekvenserna av de tidseffektiviseringar som gjorts avseende samband med omplaceringar av personal eller personalneddragningar. Att personalen är delaktig i att skapa tidseffektiviseringar som leder till uppsägningar kan vara känsligt och kontraproduktivt.

Det är även viktigt att komma ihåg att ”lean”- konceptet innehåller vissa grundläggande delar framtagna inom varuproduktionen. De behöver analyseras i kontexten vård och omsorg för att skapa förutsättningar som tar hänsyn till human servicearbetets särskilda villkor (se t.ex. Lennerlöf, 2000; Sandkull & Johansson, 2000; Petersson m.fl., 2006). Nedan följer ”leans” grundprinciper inom varuproduktionen (som ofta överförts till vård- och omsorgssektorn) (Sandkull & Johansson, 2000):

1. Buffertar ska vara små, (avseende material, personal, tid etc.)
2. Det ska inte finnas speciella kontrollfunktioner utan de ska vara integrerade i basarbetsuppgifterna
3. Det ska inte finnas reservarbetskraft och ”justerare”, utan det som behöver göras ska lösas i linjen
4. Arbetet ska utföras med mycket korta ställtider och genomloppstider
5. Arbetarna ska inte ges specialiserade och välbeskrivna uppgifter, utan ha bred kompetens för att kunna vara flexibla

Punkterna ovan beskriver standardiseringar som kan få negativa konsekvenser om de används oreflekterat för att styra vården och omsorgen. Övriga och oförutsägbara händelser inträffar i betydligt större omfattning inom vård- och omsorgssektorn än i varuproduktionen. Om det inte finns någon buffert, i t.ex. tid, bemanning eller utvilad personal, kan det få förödande konsekvenser för patienter eller brukare och bli en stor påfrestning på personalen. Även stödfunktioner som administrativ personal kan ses som en buffert mot för hög arbetsbelastning.

I ”lean production” anges att ofullkomligheter synliggörs om buffertarna tas bort. Avsaknad av buffertar förutsätter i sin tur ett ständigt förbättringsarbete som åtgärdar dessa ofullkomligheter. Kontrollfunktioner har införts via styrsystemen inom vården och omsorgen, t.ex. genom datasystem som registrerar antal mottagna patienter per dag eller instämpling via handdatorer inom hemtjänsten som registrerar att tjänsterna är utförda hemma hos brukarna. Kontrollfunktionerna bortser från skillnaden mellan motivationen att producera tjänster i förhållande till tredje part och motivationen att producera varor. Kontrollfunktionerna signalerar alltså låg förtroendenivå för personalens medmänsklighet från styrningen sida.

Möjligheten till reservarbetskraft är viktig inom vården och omsorgen. Vikarier behövs för att inte tredje part ska bli lidande och för att inte den befintliga personalen ska få för hög arbetsbelastning. Ställtider inom industrin blir, i vård- och omsorgssektorn, tid när personalen inte arbetar direkt med brukare eller patienter, medan genomloppstider kan jämföras med patientflöde. Det är viktigt inom tjänsteverksamheter att tid finns för andra sysslor än för direkt patient- eller brukararbete och att tid finns för återhämtning och reflektion för personalen. Kort genomloppstid i patientflödet är viktigt utifrån ett kostnadsrationellt och kortsiktigt ekonomiskt perspektiv. Men inom vården och omsorgen krävs ett omhändertagande som ofta inte kan värderas i tid.

”Work smarter not harder” är ett bärande uttryck inom ”lean production”. Förutsättningarna för att kunna ”jobba smart” ökar om personalen får ha inflytande och vara med och minska energislöseri och icke värdeskapande aktiviteter på den egna arbetsplatsen. Att ha inflytande över sitt arbete är bra för arbetshälsan (se t.ex. HOF, 2008). Effektiviseringar som enbart styrs uppifrån blir ofta rationaliseringar som leder till att personalen får springa fortare. Vården och omsorgen har tidigare använt sig av styrfilosofier från industrin, framförallt taylorismen som hade stort inflytande på 1900-talet. Grunden i taylorismen är uppifrånstyrning med arbetsdelning, standardisering och tidsstyrning (Sandkull & Johansson, 2000).

En gemensam grund för taylorismen och ”lean production” är att båda styrformerna anser att det finns ett bästa sätt att utföra ett arbete. Kärnfrågan är om det är ledningen eller de anställda som vet vilket som är det bästa sättet. Det optimala borde vara att ledningen skapar ramar och vissa av förutsättningarna medan personalen ges möjlighet att gemensamt strukturera och organisera arbetet lokalt. Personalen är experterna inom sitt yrkes- och specialismråde och kan se var resurs- och energislöseri finns på just deras arbetsplats (se t.ex. Aiken m fl., 2002). De har även förmågan att se hur de samtidigt kan värna om de egna arbetsförhållandena. Detta kräver att ersättningsystemen ger utrymme för förbättringsarbete, så att det även finns kortsiktiga ekonomiska incitament för att satsa på förebyggande arbete och effektiviseringar.

Inom tjänsteverksamhet har kunskap och tankesätt stor betydelse och påverkan på verksamhetens utveckling. Härenstam (2005) anger att dialog mellan chefer och medarbetare, förbättringsarbeten och möjlighet till delaktighet, är s.k. ”mjuka” kontrollsystem som inte används i någon större utsträckning. I ”lean service” ges konkret vägledning för hur sådana ”mjuka” kontrollsystem kan användas på ett strukturerat sätt för att höja effektiviteten och samtidigt förbättra arbetsförhållandena för personalen genom delaktighet, inflytande och egenkontroll. Det behöver vara balans mellan uppifrånstyrning och lokalt inflytande, centralisering och decentralisering, kontroll och autonomi (se t.ex. Christensen och Laegreid, 2006).

Uppföljning

Uppföljning av verksamheterna, ur både ekonomiskt och kvalitetsmässigt perspektiv, behöver göras på central nivå när man valt att ta in privata aktörer i vård- och omsorgssektorn. För att minska standardiseringens negativa effekter kan man uppmuntra ”lean service” som arbetsmetod för ständigt förbättringsarbete på de lokala arbetsplatserna. Det är dock viktigt att ett sådant utvecklingsarbete inte leder till ”anorektiska” organisationer som inte kan leva upp till en god kvalitetsnivå på verksamheten eller till goda arbetsförhållanden för personalen. (Barklöf 2000a, Barklöf 2000b). Det är beställarnas ansvar att följa upp att verksamhetskvaliteten och arbetsförhållandena är bra hos varje enskild utförare då kommunerna och landstingen har det övergripande ansvaret för all social verksamhet.

Det är vanligt att årliga medarbetarundersökningar genomförs för att kartlägga arbetsklimat, trivsel, ledarskap mm inom kommuner och landsting. Sådana undersökningar kan även innehålla frågor utifrån ett kvalitets- och effektivitetsperspektiv (Konkreta enkätfrågor finns i rapporten ”Ekonomisering av kvalitet och arbetsförhållanden inom vård, skola och omsorg, Målqvist, 2007, sid 22).

NPM kan ses som ett styrmedel som förebygger okontrollerad expansion av den offentliga sektorn genom kraftfulla styrsystem som jämför ekonomisk input och kvantitativ output, genom prestationsbaserad ersättning, inga buffertar och att varje enhet ska bära sina egna kostnader. Efter vår litteraturgenomgång förefaller det oss som att det finns mycket som talar för att NPM – konceptet genererat högre produktivitetskrav och slimmade organisationer, medan mindre talar för att det genererat högre effektivitet genom att ”jobba smart”. Att jobba smart enligt lean-filosofin kräver tid för reflektion, dialog och förbättringsarbete, vilket kan försvåras av NPM – konceptets ekonomiska kontroll- och ersättningssystem.

Krav-kontroll-stöd

En dominerande modell för att analysera och diskutera psykosociala arbetsmiljöfaktorerers betydelse för anställdas hälsa är den s.k. krav-kontroll-stöd-modellen (Karasek & Theorell, 1990). Vi ska nu diskutera våra resultat utifrån denna modell.

Förändringar i krav och inflytande är viktiga ur hälsosynpunkt; arbetskrav och inflytande över den egna arbetssituationen (egenkontroll) påverkar risken för besvär och sjukfrånvaro (se t.ex. Stansfeld & Candy, 2006, Belkic et al, 2004). En tydlig skillnad kan ses mellan dem som har aktiva arbeten (höga krav och hög egenkontroll) och dem som arbetar under hög anspänning (höga krav och låg egenkontroll). De senare, som har en arbetssituation som ofta förknippas med negativ stress, har signifikant högre andelar med stor sjukersättning (SOU, 2002). Går det att dra några slutsatser om hur NPM påverkar förutsättningarna för en balans mellan faktorerna krav, kontroll och stöd?

NPM har inneburit ökad medvetenhet hos de olika yrkesgrupperna om vikten av patienternas och brukarnas nöjdhet, vilket sannolikt även lett till upplevelser av ökade arbetskrav. NPM ställer höga krav både på kvantitet och på kvalitet. Uppföljningssystemens tonvikt på de kvantitativa kraven gör att risken ökar för att de kvalitativa kraven vid tidspress får stryka på foten. Personalen (framför allt läkarna) har genom kostnadsmedvetenhet och interna resultatenheter fått ta ansvar för ekonomin, för att öka intäkterna eller minska kostnaderna, eftersom enheterna ska bära alla egna kostnader. Frontpersonalen har även fått ta mer ansvar för administrativa arbetsuppgifter, som t.ex. dokumentation av patientärenden. För att inte leda till hälsorisker bör ökade krav förenas med ökad egenkontroll och ökat stöd, framför allt från arbetsledningen. NPM:s kvantitativa uppföljningssystem har inneburit en ökad styrning uppifrån och därigenom minskat personalens möjlighet till egenkontroll.

Bl. a Nordström (2000) anser att det efter NPM:s införande finns två rationaliteter inom vården och omsorgen; kostnadsrationaliteten och vård- och omsorgsrationaliteten. Med kostnadsrationalitet menas vad som är logiskt och effektivt ur ett kostnadsperspektiv, medan omsorgsrationalitet handlar om vad som är logiskt och rimligt ur ett omsorgsperspektiv. Motstridiga krav finns mer eller mindre permanent inom vård- och omsorgssektorn utifrån dessa två dimensioner. En patient med behov av större omhändertagande än förväntat eller en brukare som behöver mer tid vid omhändertagandet än vad som är bestämt i biståndsbedömningen, ställer motsatsförhållandet mellan de två rationaliteterna på sin spets. En utförd tjänst kan vara omsorgsrationell men inte kostnadsrationellt eller vice versa. Samma tjänst kan kortsiktigt inte vara kostnadsrationell men vara det på längre sikt (se Westrup & Persson, 2007). Om anställda inom vården eller omsorgen ofta ställs inför detta dilemma är risken stor att det genererar stressrelaterad ohälsa, bl.a. genom ökade etiska konflikter och s.k. samvetsstress (Kälvemark-Sporrong, 2007).

Det finns grund för antagandet att de etiska konflikterna ökat i och med marknadsmekanismernas införande, särskilt för läkare och sjuksköterskor, vilket är allvarligt ur ett arbetshälsoperspektiv. (Forsberg, 2001; Bejerot & Astvik, 2009; Hallberg & Sverke, 2004). Det gäller även för minskat inflytande för läkarnas och sjuksköterskornas del. Många läkare är okunniga om organisationsfrågor där ekonomin ingår som en del. Detta kan vara ett viktigt ämne för framtidens medicinstuderande, dels för att få fram fler ekonomiskt medvetna läkare och dels för att synliggöra de ekonomiska krav som är en del av sjukvården idag (se t.ex. Hultin, 1991).

Ledarskap

Ledarskapet har stor betydelse för hur de anställda upplever krav, kontroll och stöd och även för personalens hälsa och välbefinnande, enligt flera studier (se t.ex. Westerlund et al, 2010; Nyberg, 2009; Kuoppala et al, 2008). Det kan vara svårt att särskilja den övergripande styrningens påverkan på personalens hälsa och välbefinnande från det lokala ledarskapets inflytande. Vi har dock funnit ett par studier där ledarskapet direkt kopplats till styrformerna NPM.

I en australiensisk studie (Newman, 2009) undersöktes NPM-konceptets påverkan på första linjens chefer inom vården och omsorgen. Enligt undersökningen lade de tonvikten på ett fungerande system för kvalitet, säkerhet och effektivitet både när det gällde patienter, brukare och personal. De oroades över hastigheten på och genomförandet av de ekonomiska besluten. Många rapporterade upplevelsen att besluten grundade sig på politiska värderingar och inte på verksamhetens behov. Cheferna kände sig marginaliserade och till stora delar bortkopplade från beslutsfattandet. När det gällde deras egna arbetsförhållanden upplevde många motstridiga krav. Retoriken kring NPM lät positiv (t.ex. ”decentralisering”), men i vardagen hade det istället blivit mer uppifrånstyrning och ökade rollkonflikter.

Medarbetare som anser att de har bra chefer har lägre sjukfrånvaro och upplever sig ha bättre hälsa, enligt bl.a. en enkätundersökning med svar från 10 000 anställda i 60 kommuner i Sverige. (Åkerlind m.fl., 2010). Stöd från chefen är avgörande för hur man klarar etisk stress och motstridiga krav. Undersökningen visar på betydelsen av att cheferna har tid till stöd och omsorg om sina underställda och att detta påverkar arbetshälsan. Sannolikt påverkas även verksamhetskvaliteten till viss del. Resultaten visar att det lönar sig för cheferna att ge sina medarbetare bekräftelse, medinflytande och att de tillåts använda sina kunskaper. Även friskvård och stödsamtal, enskilt eller i grupp, fick medarbetare att må bra.

Målqvist (2010) har i en studie i en svensk kommun undersökt styrningen av hemtjänsten gentemot den egna utföraren och de privata utförarna i kommunen. I undersökningen kartläggs enhetschefernas handlingsutrymme och handlingsstrategier på två enheter, en kommunal och en privat. Resultaten visar att uppifrånstyrningen och handlingsutrymmet var mycket likartad på båda enheterna och att enhetschefernas handlingsstrategier till största delen var lika när det gällde prioriteringar mellan kostnader, arbetsförhållanden och omsorgskvaliteten. De skillnader som hittades var andelen tillsvidareanställningar, andelen utbildade undersköterskor och standarden på lokalerna. Den privata enhetens vinst kunde härledas till betydligt färre tillsvidareanställningar, färre utbildade undersköterskor och sämre lokaler. Å andra sidan fick den kommunala personalen arbeta hårdare då de behövde få in mer intäkter på grund av de högre kostnaderna (pga. fler tillsvidareanställda, fler utbildade undersköterskor och bättre lokaler), eftersom varje enhet måste bära sina egna kostnader, oavsett om den är kommunal eller privat.

Samma typ av problematik är orsaken till att enheter inom äldreomsorgen kan ha ett mycket stort antal medarbetare under en enhetschef (se t.ex. Socialstyrelsen, 2003; 2006), ända upp till över hundra underställda per enhetschef (Målqvist, 2010). Det blir mer kostnadseffektivt att enhetschefer har ett stort s.k. kontrollspann, men det ger negativa effekter på personalstödet och därigenom även på verksamhetskvaliteten (se även Olsson & Ingvad, 2000). Olsson & Ingvad (2000) undersökte beställar- utförarmodellen inom hemtjänsten. De fann ingen ökad effektivitet eller förbättrad omsorgskvalitet efter modellens införande. De drar slutsatsen att klimatet i arbetsgruppen är avgörande för omsorgskvalitet och arbetsmiljö. Det handlar om arbetsledning, träning i samarbete, om medinflytande och tid för möten och reflektion. Sådana faktorer är avgörande för balansen mellan arbetets krav, egenkontroll och tid för återhämtning, varför sådan tid behöver ges ekonomisk ersättning. I studien framkom även att intäkterna var så gott som opåverkbara för enhetscheferna. Denna slutsats dras även i Lindvalls avhandling (1997) när det gällde 120 klinikchefers möjlighet att påverka intäkterna, och i en rapport om hemtjänsten (Målqvist, 2010) Både Målqvist och Lindvall anger att detsamma gäller vissa personalfrågor som lönesättning och belöningar.

I en avhandling från Karolinska Institutet (Lohela-Karlsson, 2010) undersöks vilka faktorer som är av betydelse för arbetshälsan och produktiviteten. Resultaten visar att anställda som upplevde en förbättring av ledarskapet på arbetsplatsen samt ett förbättrat socialt klimat hade en ökad chans till bättre hälsa. De som upplevde ett försämrat ledarskap, minskat engagemang i organisationen och hade ett spänt arbete (höga krav- låg kontroll) vid flera mättillfällen hade ökad risk för sämre hälsa. Förbättringar i den psykosociala arbetsmiljön hade samband med förbättringar av de anställdas hälsa och innebar även minskat produktionsbortfall. Detta visar att det kan gå att både få effektivitet och god arbetshälsa samtidigt, men att det kräver strukturellt förbättringsarbete med personalens delaktighet.

Viktiga frågor för att utveckla NPM

Vid utveckling av NPM är det viktigt att anpassa ersättnings- och uppföljningssystemen till olika verksamheter i större utsträckning än i dag. Det finns många kritiska rapporter om de enbart prestationsbaserade ersättningssystemens konsekvenser, både för verksamheternas kvalitet och för personalens arbetsförhållanden. Bristande åtaganden för klienter med komplexa behov, oönskade effekter på längre sikt och bristande helhetsperspektiv på klienterna är några av de svagheter med NPM-konceptet som uppmärksammats.

Bejerot & Astvik (2009) har intervjuat läkare som beskriver dilemman mellan ekonomiskt ansvarstagande, patienternas behov av behandling och den stärkta patienträtten. Områden som verkar särskilt utsatta för dessa dilemman är psykiatri, hemtjänsten, onkologin och primärvården. En studie av Brorström m fl. (2004) visar att läkare inom primärvården kunde registrera en patient två gånger för att kunna täcka de faktiska kostnaderna i tid som patienten tagit.

Andra viktiga frågor för den fortsatta utvecklingen av NPM är hur arbetsrelaterad ohälsa hos vård- och omsorgspersonalen ska förebyggas, samt hur goda strukturer för personalrehabiliteringen ska skapas, när kostnaderna för denna ligger på den egna enheten. Personalens arbetsförhållanden är en viktig del av kvalitetssäkringen inom vården och omsorgen. Redan tidigare har läkaryrket och arbetet som undersköterska/vårdbiträde identifierats som riskyrken, bl. a inom Stockholms läns landsting (Arbetshälsorapporten, 1991, 1995, 1999, 2004, 2007; Parnsund 2010). Ett viktigt påpekande utifrån perspektivet hållbar arbetshälsa är att undersköterskor och vårdbiträden är yrkesgrupper med låg utbildning, något som ökar risken för ohälsa ytterligare. (Parnsund 2009). Dåliga arbetsförhållanden inom offentlig sektor försämrar människors arbetsförmåga och förutom att skapa lidande belastar de sjukvården och kostar sjukersättning. Både personalens löner, sjukvård och sjukersättning betalas med skattemedel. Ökad satsning på hållbar arbetshälsa för personal inom vården och omsorgen innebär att medborgarna får ut mer av sina skattepengar.

Flera forskare menar att vi befinner oss i en kritisk fas när det gäller NPM och att det finns behov av nyare och modernare modeller för styrning inom offentliga organisationer (se t.ex. Almqvist, 2010; Hasselbladh, 2008; Seddon, 2005, Stigendahl, 2007). Hasselblad (2008) anger att de tidiga NPM-reformerna har kompletterats med nya mål relaterade till etik, ansvarsförhållanden, legitimitet, politik och ekonomi. De senare åren har ett stort antal centrala medicinska programarbeten och centrala kvalitetsregister skapats. Alla aktörer inom sjukvården förväntas kontinuerligt övervaka, utvärdera och systematiskt förbättra de egna prestationerna. Landsting och kommuner sätter upp centrala politiska mål, men frågan är i vilken omfattning de offentliga beställarna kan och förmår ställa krav på de privata utförarna att de ska underordna sig kommunernas eller landstingens politiska mål. En viktig diskussion är vilken grad av inflytande som beställarna ska, och kan, ha över de privata utförarna. Vad kan beställarna ”lägga sig i” när det gäller verksamheternas bemanning och organisering? Hur kan beställarna ställa krav på och följa upp att inte bara Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen följs utan även Arbetsmiljölagen?

En annan viktig fråga är hur effektiviteten i verksamheterna ska säkerställas, dvs hur ska styrsystemen utformas för att kunna följa upp att rätt aktiviteter utförs och inte bara hur ofta vissa aktiviteter utförs? Finns det något annat sätt än att låta alla yrkesgrupper inom de olika specialistområdena komma till tals och beskriva viktiga aktiviteter och deras förutsättningar för att uppnå bästa effekter av behandlingar, omvårdnad och omsorg? Utvecklingen av beskrivningssystem gjorda av representanter för de egna yrkesgrupperna behöver påskyndas. Felaktiga, eller otillräckliga, mått leder till ineffektivitet!

För att minska NPM:s negativa effekter på personalens arbetsförhållanden och verksamhetens kvalitet behövs aktiva, strukturerade åtgärder för att uppnå:

- Balans mellan krav och resurser
- Balans mellan ansvar och befogenheter för första linjens chefer
- Anpassning till vård- och omsorgsarbetets speciella villkor och förutsättningar
- Inflytande och delaktighet för berörd personal

Fortsatt forskning om NPM

En viktig fråga för framtidens forskning med syfte att främja utvecklingen av offentliga sektorns styrning och management är: Hur kan vi skapa styrsystem och ledarskap som tar hänsyn till de specifika förutsättningarna för human servicearbetare? Vilka förutsättningar behövs för att minska risken för att dessa yrkesgrupper hamnar i sjukskrivning och förtidspension?

Forskning som prövar orsakssamband mellan prestationsbaserade ersättningssystem och personalens arbetsförhållanden, välbefinnande och hälsa är viktig, liksom studier av konsekvenser för personalen av resultatenheternas budgetansvar. Även enhetschefernas befogenheter och ansvar utifrån ett NPM-perspektiv behöver undersökas närmare, då en stor formell handlingsfrihet och ett tydligt ansvar för chefer på olika nivåer ingår i definitionen av NPM (se Hood, 1995). Vår genomgång visar att enhetscheferna bär ett stort ansvar medan de har ett påtagligt begränsat handlingsutrymme på grund av starka övergripande strukturer.

En annan viktig forskningsfråga är vilka faktorer inom NPM-konceptet som är nya och specifika och skiljer sig från ”vanliga” rationaliseringar inom vården och omsorgen, och på vilket sätt t.ex. arbetsbelastning, inflytande, etiska värderingar och anställningsformer påverkas av dessa faktorer.

När det gäller samband mellan anställningstrygghet och hälsa saknas samstämmighet i forskningen, varför ytterligare studier behövs.

Avseende effekter av NPM på olika yrkesgruppers arbetsförhållanden, och därigenom även på deras hälsa och välbefinnande, har vi sett att effekterna är beroende av yrkesgrupp och kön, men även vilket område man verkar inom, t.ex. sjukvård eller äldreomsorg, kirurgi eller psykiatri. Inom vissa områden kan personalen generellt ha fått det bättre eller sämre och inom andra områden kan någon eller några yrkesgrupper ha fått det bättre medan andra fått det sämre. Bl.a. Olsson et al (1998) hävdar att administrativa styrsystem, som bl.a. ingår i NPM, är starkt kontextberoende, dvs. måste ha en stark koppling till den organisation i vilken de ska implementeras.

Det krävs fler, och delvis andra typer av, studier än de vi hittat för att kunna få tydliga resultat om NPM:s effekter på personalens arbetsförhållanden och hälsa. Skeendena är mångfacetterade och ofta långsamma. Fallstudier i många olika verksamheter, med olika ägarförhållanden och gärna även i olika länder, behövs för att kunna dra både specifika och mer generella slutsatser. För slutsatser på övergripande nivå behöver studierna inbegripa kartläggning av nationella, kulturella och organisatoriska likheter och skillnader och innefatta processbeskrivningar utifrån longitudinella perspektiv. För slutsatser på organisations- och arbetsplatsnivå behövs studier som beaktar förhållanden och skeenden på dessa olika nivåer, liksom i vissa fall på individnivå. Detta kräver forskning som, både teoretiskt och metodologiskt, utnyttjar och integrerar kunskap från flera traditioner och områden, såsom organisations- och hälsoforskning, men också ekonomi och styrning/förvaltning (public administration/management).

Förändringsförslag

Inom mer komplexa områden, som t.ex. hemtjänst, psykiatri, onkologi och primärvård, anser vi det särskilt angeläget med vissa förändringar för att ge strukturella förutsättningar för goda arbetsförhållanden, som i sin tur kan förbättra vårdkvaliteten. Utgående från de genomgångna studierna föreslår vi att följande förändringar genomförs och studeras. De föreslagna förändringarna bör ge ökad balans mellan krav och resurser i verksamheter som ofta har patienters/brukares hela livssituation att hantera. Risken för höga känslomässiga krav på personalen blir särskilt stor i sådana verksamheter, vilket i sin tur riskerar att leda till stress, cynism, utbrändhet och personalomsättning. Uppfyllande av de höga, både kvantitativa och kvalitativa, kraven inom dessa verksamheter har i flera av studierna visats förutsätta höga nivåer också av tillgängliga resurser, i form av olika typer av egenkontroll och stöd.

- Införande av en viss del fast ersättning i ersättningssystemet, för att ge ekonomiska incitament för nödvändig kringtid, både verksamhetsinriktad och personalinriktad (t.ex. tid för planering, reflektion och utvecklingsarbete)
- Förbättrade vårdtyngdsmätningar för att precisera ersättningssystemen
- Förbättrade kvalitetsledningssystem där goda arbetsförhållanden ingår som en självklar del av kvalitetssäkringen
- Tydliga, konkreta krav och kvalitetsinriktade uppföljningssystem, som inkluderar personalens arbetsförhållanden, vid upphandling (LOU) eller certifiering (LOV) både av interna och externa utförare.

Referenser

- Adler N E, Epel E S, Castellazzo G & Ickovics J R (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning. Preliminary data among health white women. *Health Psychology*, 19:6, s 586-592.
- Agevall L (2005). *Välfärdens organisering och demokratin – en analys av New Public Management*. Växjö University Press.
- Aiken L H, Clarke S P, Sloane D M (2002). Hospital staffing, organization and quality care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14:1, s 5-13.
- Allvin M & Aronsson G (2003). Allvin, M., & Aronsson, G. (2003). The Future of Work Environment Reforms. Does the concept of Work Environment Apply within the New Economy. *International Journal of Health Services*, 33:1, s 99-111.
- Almqvist R (2006). *New public management – om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.
- Andersen S K, Due J & Madsen J S (1999). Denmark. Negotiation the restructuring of public service employment relations. I: *Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, Modernization or Inertia?* New York: Routledge.
- Anell A (1990). *Ekonomisystem i sjukvården*. Lund: IHE-arbetsrapport 1990:2.
- Anell A (2005). Swedish healthcare under pressure. *Health Economics*, Sep:14 (Suppl 1), s 37-54.
- Arbetshälsorapporten (1991, 1995, 1999, 2004, 2007). Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län. Stockholms läns landsting, Arbets- och miljömedicin (f d Yrkesmedicin).
- Arbetsmiljöverket (2010 a). *Arbetsmiljön 2009*. Stockholm.
- Arbetsmiljöverket (2010 b). *Arbetsorsakade besvär 2010*. Stockholm.
- Aronsson G (2004). *Hälsa och utvecklingsmöjligheter i tidsbegränsade anställningar. Arbetet och hälsa 2004:9*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Arvidsson G & Jönsson B (1991). *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Astvik W & Aronsson G (1994). Hälsomässiga, psykologiska och organisatoriska aspekter på vårdbiträdesarbetet i hemtjänsten. *Arbete och hälsa 1994: 32*.
- Astvik W (2003). *Relationer som arbete. Avhandling. Arbetet och hälsa 2003:8*. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Bach S (1999). *Changing public service relations. I: Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, Modernization or Inertia?* New York: Routledge.
- Bach S, Kessler I, Heron P (2007). The consequences of assistant roles in the public services: Degradation or empowerment? *Human Relations*, 60:2, s 1267-1292. *Human Relations*, 60(2): 1267-1292.
- Baimbridge M, Burkitt B, Whyman P (1995). *Välfärdsstaten och Maastrichtfördraget – konsekvenser för Storbritannien och Sverige*. *Ekonomisk Debatt 1995 årg 23, nr 5*, s 399-405.
- Baines D (2004) *Pro-Market, Non-Market: The Dual Nature of Organizational Change in Social Services Delivery*. *Critical Social Policy*, 24:1, 5-29.

- Batalden P (2005). Brobyggare med spännande idéer. I: Utvecklingskraft år 2005.
- Barklöf K (red.) (2000a). Smärtgränsen? En antologi om hälsokonsekvenser i magra organisationer. Rådet för arbetslivsforskning.
- Barklöf K (red.) (2000b). Vägval? En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer. Rådet för arbetslivsforskning.
- Baumol W J & Oates W E (1972). Kostnadssjuka inom tjänstesektorn. Skandinaviska Enskilda Bankens kvartalstidsskrift, nr 2.
- Beaumont P & Walker N (1999). Legal Framework of The Single European Currency. Oxford: Hart Publishing.
- Bejerot E (2009). Överorganisatoriska styrsystem i socialtjänsten- prövning av en analysmodell. Paper på konferensen ”Arbetet i människors liv”. Institutionen för arbetsvetenskap, Göteborgs universitet och Forum för arbetslivsforskningen i Sverige, 13-14 maj.
- Bejerot E & Härenstam A (1995). Styrning, arbetsvillkor och effektivitet. I: På väg mot den goda arbetsplatsen (red. G Westlander). Arbetsmiljöinstitutet.
- Bejerot E & Astvik W (2009). När patienten blir kund. Nya stressorer och strategier i läkarens arbete. I: Arbetsliv i omvandling 2009:2. Växjö universitet.
- Belkic, K. et al, (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, 30:2, 85-128.
- Birch S (1988). DRGs U.K style: a comparison of U.K. and U.S policies for hospital cost and containment and their implications for health status. Health Policy, 10:2, October, s 143-154.
- Bjuggren P-O & Paulsson T (1995). Erfarenheter av primärvård på entreprenad. I: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Den planerade marknaden: om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Björnberg U (1994). Hur påverkas hälsa av arbete och familjeliv? Socialvetenskaplig tidskrift 2-3, 1994.
- Blomquist T & Packendorff J (1998). Ekonomisk styrning för förändring. En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården. Samhällsvetenskapliga fakulteten, Umeå universitet.
- Berg-Jansson A (2010). I mötet mellan modern management och professionell praktik - Ny organisering möter sjuksköterskeprofessionen. Luleå tekniska universitet, Institutionen för Arbetsvetenskap, Avdelningen för Industriell produktionsmiljö.
- Bordogna L, Dell'Aringa C & Della Rocca C (1999). Italy. A case of co-ordinated decentralization. I: Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, Modernization or Inertia? (red. Bach S). New York: Routledge.
- Bowen D E and Jones G R (1986) Transaction Cost Analysis of Service Organization-Customer Exchange . Academy of Management Review, 11:2, s 428-441.
- Boyne G, Jenkins G & Poole M (1999). Human Resource Management in the public and private sectors: an empirical comparison. Public Administration 77, s 407-420.
- Brunsson N & Olsen J P (1993). The Reforming Organization. London: Routledge.
- Brunsson N & Sahlin-Andersson K (2000) Constructing organizations: The example of public sector reform. Organization Studies, 21:4, 721-746.
- Burchell, B, Ladipo, D., & Wilkinson, F. (red). (2002). Job insecurity and work intensification. London: Routledge.

- Burke R J & Cooper C L (2000). The new organizational reality. Transition and renewal. I: The organization in crisis: downsizing, restructuring and privatization (red. Burke R J & Cooper C L). Oxford: Blackwell Publishers.
- Chan A & Chan Y H (2004). Influence of work environment on emotional health in a health care setting. *Occupational Medicine*, 54, s 207-212.
- Charpentier C & Samuelson LA (1996). Effects of new control systems in Swedish health care organizations. *Financial Accountability Management* 12:2, s 151-171.
- Charpentier C & Samuelson L (2000). Effekter av sjukvårdsreformen. En analys av Stockholmsmodellen. Stockholm: Handelshögskolan: EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet.
- Christensen T, Laegreid, P, Roness, P G, Røvik K A (2005). Organisationsteori för offentlig sektor. Kristianstad: Liber.
- Christensen T & Laegreid P (2006). *Autonomy and Regulation: Coping with Agencies in the Modern State*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Citrome, L. (1997). Layoffs, reductions-in-force, downsizing, rightsizing: The case of a state psychiatric hospital. *Administration and Policy in Mental Health*, 24 (6), s 331-338.
- Clarke J & Newman J (1997). *The Managerial State*. London: Sage.
- Connell R, Fawcett B & Meagher G (2009). Neoliberalism, New Public Management and the human service professions. *Journal of Sociology*, 45:4, s 331-338.
- Corby, S (1999). Equal opportunities? I: Employee Relations in the Public Services. (red. Corby S & White G) London: Routledge.
- Corby S & White G (1999). *From New Right to New Labour. I: Employee Relations in the Public Services*. London: Routledge.
- Culler S & Ehrenfried D (1986). On the feasibility and usefulness of physician DRGs. *Inquiry*, 23, s 40-55.
- Dahlström A & Ramström D (1995). *Stockholmsmodellen. Effekter, problem, vägval*. Stockholm: SPRI .
- Dahlgren G (2010). Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter. *Socialmedicinsk tidskrift* 1/2010.
- De Jonge J, Dollard M F, Dormann C, Le Blanc P M, Houtman I L D (2000). The Demand-Control Model: Specific Demands, Specific Control, and Well-Defined Groups. *International Journal of Stress Management*, 7:4, s 269-287(19).
- Dellve L, Lagerström M, Hagberg M (2002). Rehabilitation of Home Care Workers: Supportive Factors and Obstacles Prior to Disability Pension due to Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 12, No. 2.
- Dellve L, Karlberg C, Allebeck P, Herloff B, Hagberg M (2006). Macro-organizational factors, the incidence of work disability, and work ability among the total workforce of home care workers in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34:1, s 17-25.
- Dellve L (2003). *Explaining occupational disorders and work ability among home care workers*. Avhandling. Göteborgs universitet.
- Dent, M. Chandler J & Barry J (2004). *Professions, New Public Management and the European Welfare State*. Staffordshire: Staffordshire University Press, s. 187-204.

Dixon J, Kouzmin A & Kourac-Kakabadse N (1996). The commercialisation of the administration of the Australian public service and the accountability of government: A question of boundaries. *International Journal of Public Sector Management*, 7:6, s 52-73.

Egan M, Petticrew M, Ogilvie D, Hamilton V, Drever F (2007). Profit before people? A systematic review of the health and safety impacts of privatising public utilities and industries in developed countries. *Journal of Epidemiological Community Health*, Oct, 61:10, s 862-70.

Elstad J I & Vabø M (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36:5, s 467-74.

EU-direktiv 2004/18/EG.

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004L0018:SV:HTML>

EU-kommissionen (2007). Varieties and variations of Public-Service Liberalisation and Privatisation in Europe. PIQUE-studien. Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity. <http://www.forba.at>

Eurostat (2002). Den sociala situationen i Europeiska Unionen. Översikt. Luxemburg: Office four Official Publications of the European Communities.

Eurostat (2008). The life of women and men in Europe, a statistical portrait. Luxemburg: Office four Official Publications of the European Communities.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). Fourth European Working Conditions Survey. www.eurofound.europa.eu

Evetts J (2006a) Organizational and occupational professionalism: The challenge of new public management. Paper presented at XVI World Congress of Sociology, South Africa, 23-24 July.

Evans, C. & McGee, C. (1998). Collaboration Between a State Alliance for the Mentally Ill and a State Mental Health Authority in Monitoring the Consequences of Downsizing. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 25:1, s 43-50.

Evetts J (2006b). Trust and Professionalism: Challenges and occupational changes. *Current Sociology*, 54:4, s 515-531.

Falkenberg H (2010). How privatization and corporatization affect healthcare employees' work climate, work attitudes and ill-health: Implications of social status. Stockholms universitet: Psykologiska Institutionen.

Ferlie E, Ashburner L, Fitzgerald L & Pettigrew A (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.

Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Marmot, M. G., Stansfeld, S. & Smith, G. D. (1998). The health effects of major organizational change and job insecurity. *Social Science & Medicine*, 46:2, 243-254.

Ferrie J, Martikainen P, Shipley M J, Marmot M G, Stansfeld S A & Smith G D (2001). Employment status and health after privatization of white collar civil servants: Prospect cohort study. *British Medical Journal*, 322, s 647-651.

Forsberg E, Axelsson R, Arnets B (2001). Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 16:4, s 297-310.

Forsberg E, Axelsson R & Arnetz B (2002). Performance-based reimbursement in health care. Consequences for physician's cost awareness and work environment. *European Journal of Public Health*, 12:1, s 44-50.

Forsberg E, Axelsson R & Arnetz B (2003). The relative importance of leadership and payment system: Effects on quality of care and work environment. *Health Policy*, 69:1, s 73-82.

France G, Taroni F & Donatini A (2005). The Italian health-care system. *Health Economics* 14, s 187-202.

Frankenheuser M (1991). The psychophysiology of workload, stress and health; comparison between the sexes. *Annals of behavioural medicine*, 13, s 197-204.

Freeborn D K (2001). Satisfaction, commitment and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174:1, s 13-18.

Fifer W R (1984). DRGs and doctors. *Pennsylvania Medicine* 1984 January: 28-33.

Freidson E (2001). *Professionalism: The Third Logic. On the Practice of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

Försäkringskassan (2010). Sjukskrivning i olika yrken. Antal ersatta sjukskrivningsdagar från Försäkringskassan per anställd år 2008. Socialförsäkringsrapport 2010:17.

Geyer S, Hemström Ö, Peter R & Vågerö D (2006). Education, income and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:9, s 804-810.

Green-Pedersen C (2001). Market-type Reforms of the Danish and Swedish Service Welfare States: Different Party Strategies and Different Outcomes. Paper. Department of Political Science. University of Aarhus, Danmark.

Gruening G (1998). Origin and theoretical basis of the New Public Management (NPM). Draft for the 1998 IPMN conference in Salem/Oregon. Arbeitsbereich Public Management Hochschule fuer Wirtschaft und Politik. Hamburg, Germany.

Grönroos C (1990). *Service management and marketing*. Lexington Books, Lexington MA.

Gustafsson L (1987). Renewal of the public sector in Sweden. *Public Administration* 65: (summer): s 179-191.

Gustafsson R Å (1994). Arbetsorganisatoriska risker med de nya ekonomistyrningssystemen. I: Köp och sälj, var god svälj? – vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv. (red. Gustafsson R Å). Stockholm: Arbetsmiljöfonden.

Gustafsson R Å, Antman P, Ström P, Lindqvist R, Westander F, Lappalainen T (2004). Valfärdstjänsternas ofärd. I: Arbetsliv och hälsa 2004 (red. Gustafsson R Å & Lundberg I). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Gustafsson R Å & Szebehely M (2005). Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki – en enkätstudie bland personal och politiker. Rapport nr 114. Stockholm: Socialhögskolan, Institutionen för Socialt Arbete.

Gustafsson G, Eriksson S, Strandberg G, Norberg A (2010). Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: A pilot study. *Nursing Ethics*, 17 (1), s 23-28.

Hagman L & Österman J (2011). Utnyttja möjligheterna- Organisering av hemsjukvården vid åtta husläkarmottagningar efter införande av Vårdval Stockholm. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2011:5.

Hallberg U E & Sverke M (2004). Construct Validity of the Maslach Burnout Inventory: Two Swedish Health Care Samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 20:4, s 320-338.

Hansen N, Sverke M, Näswall K (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different form of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46:1, s 96-107.

Hansson, A., Gunnarsson, RK. & Mattsson, B. (2007). Balancing – an equilibrium act between different positions: An exploratory study on general practitioners' comprehension of their professional role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25:2, s 80-85.

Harmon M & Mayer R (1986). *Organization Theory for Public Administration*. Boston: Little Brown and Company.

Hartman L. (red) (2011). *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?*. Stockholm: SNS Förlag

Hasselbladh H E, Bejerot E & Gustafsson R Å (2008). *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academica Adacta.

Hallin B & Siverbo S (2002). *Jakten på den goda styrningen inom hälso- och sjukvården*. Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys (CHSA). Rapport nr 3.

Harrison M & Calltorp J (2000). The re-orientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy*, 50, s 219-240.

Hermann C, Verhest K, Andersson M, Bandt T, Hofbauer I, Schulten T & Thörnqvist C (2007). *Varieties and Variations of Public Service Liberalization and Privatisation in Europe. Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE)*. CIT5-2006-028478 (STREP, June 2006-May 2009). European Commission's 6th Framework programme.

Hertting A & Theorell T (2002). Physiological Changes Associated with Downsizing of Personnel and Reorganisation in the Health Care Sector. *Psychotherapy and Psycho-Somatic*, 71, s 117-122.

Hertting, A (2003). *The Health Care Sector: A Challenging or Draining Work Environment. Psychosocial Work Experiences and Health among Hospital Employees during the Swedish 1990s*. Stockholm: Karolinska Institutet.

HOF (2008). *Projektet Hälsa och Framtid. Delstudie 2. Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag*. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Arbets- och miljömedicin.

Hoggett P (1996). New Modes of Control in the Public Service. *Public Administration* 74:1, s 9-32.

Holm U (2001). *Empati och professionellt förhållningssätt. Behandlarrollen i missbrukarvården*. Forskningsrapport nr 3. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Holmberg I-L (2003). *Offentligt ledarskap – om förändring, förnyelse och nya ledarideal*. (red. Holmberg I-L & Henning R) Lund: Studentlitteratur.

Hood C (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69:1, s:3-19.

Hood C (1995). The New Public Management in the 1980:s. Variations on a Theme. *Accounting Organizations and Society*, 20:2-3, s 93-109.

Hultin H (1991). Är ekonomiska hänsynstaganden i sjukvården etiskt acceptabla? I: *Ekonomi och administration i kliniskt perspektiv* (Calltorp J, red). Lund: Studentlitteratur.

Håkansson S (2000). Productivity changes after introduction of prospective hospital payments in Sweden. *Caemix* 2:2, s 47-57.

Härenstam A & The MOA research group (2005). Different development trends in working life and increasing occupational stress require new work environment strategies. *Work*, 24:39, s 261-277.

Högberg M (1994). Hur påverkar fast betalning per prestation och konkurrens det ekonomiska beteendet på sjukhusen? En redovisning av enkätsvar från sjukhusdirektörer och klinikekonomer i Stockholms läns landsting. Stockholms universitet: Institutionen för kommunal ekonomi.

Jones L & Arana (1996). Is downsizing affecting incident reports? The Joint Commission: Journal of Quality and Improvement, 22:8, s 592-4.

Jong S J (2009). The Limits of Post-New Public Management and Beyond. Public Administration Review. Januari/februari 2009.

Kastberg G & Siverbo S (2007). Activity-based financing of health care – experiences from Sweden. International Journal of Health planning and Management 2007:22, s 25-44.

Kearny R C & Hayes S W (1998). Reinventing government, the new public management and civil service systems in international perspective: The danger of throwing out the baby with the bathwater. Review of Public Personnel Administration 18:4, s 38-54.

Kouzes J M & Mico P R (1979). An introduction to organizational behaviour in human service organizations. Journal of Applied Behaviour Science 15, s 449-469.

Kuoppala J, Laminpää A, Liira J, Vainio H (2008). Leadership, job well-being and health effects - A Systematic Review and a Meta-Analysis. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50:8, s 904-15.

Jodar P, Jordana J & Alos R (1999). Spain. Public service employment relations since the transition to democracy. I: Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, Modernization or Inertia? (red. Bach S). New York: Routledge.

Johansson R (1992) Vid byråkratins gränser – om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete. Lund: Arkiv förlag.

Johansson, A, Kronvall K, Jansson H & Lindström U (1994). Nya driftsformer i kommuner och landsting, Stockholm: Trygghetsfonden för kommuner och landsting, Rapport 22/94.

Juthberg C (2008). Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden. Umeå universitet, Medicinska fakulteten.

Jönsson S (2004). Framgång och misslyckande i human service-organisationer. Hur konstrueras upplevelsen av framgång och misslyckande i klient- och chefsarbete? Rapport 2004:4. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Karasek R & Theorell T (1990). Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books.

Keller B K (1999). Germany. Negotiated change, modernization and the challenge of unification. I: Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, Modernization or Inertia? (red. Bach S). New York: Routledge

King D & Martin B (2006). Caring for profit? The impact of for-profit on the quality of employment in paid care. I: Paid care in Australia: Politics, Profits, Practices (red. King D & Meagher G). Australia: Sydney University Press.

Kinsten A, Magnusson Hansson L, Hyde M, Oxenstierna G, Westerlund H, Theorell T (2007). SLOSH. Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health – a nationally representative psychosocial survey of the Swedish working population. Stress Research Report No 321. Stockholms universitet.

Kirkpatrick I & Martinez Lucio M (1995). The uses of quality in the British government's reform of the public sector. I: The Politics of Quality in the Public Sector (red. Kirkpatrick & Martinez). London: Routledge.

Kommunallagen (1991:900). SFS-nr: 1991:900, § 19. Finansdepartementet. www.regeringen.se

Kronvall K (1991). Förändring och lärande. En utmaning för offentlig sektor. Lund: Studentlitteratur.

Källemark-Sporrong S (2007). Ethical Competence and Moral Distress. A prospective study of ethic rounds. Uppsala universitet: Medicinska fakulteten.

Landsbergis P A (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior*. Juli vol 9 (3), s 217-239.

Lang H L (1984). A physician looks at DRGs. *The Western Journal of Medicine* 1984; 2, s 248-255.

Lapido D & Wilkinson F (2002). Flexibility and the Reorganization of Work. I: Job insecurity and Work Intensification (red. Burchell B, Lapido D & Wilkinson F). New York: Routledge.

Larsson T (2000). The Diffusion of Employer Responsibility. I: Systematic Occupational Health and Safety Management: Perspective on an international Development (red. Frick K). Oxford: Elsevier Science Ltd.

Legge K (1995). Human Resource Management: Rhetoric's and Realities. Macmillan Publisher Limited, Basingstoke.

leGrand C, Szulkin R & Thålin M (2001). Har jobben blivit bättre? En analys av arbetsinnehållet under tre decennier. I: Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde (red. Fritzell J, Gähler M & Lundberg O). Stockholm: Fritzes.

Lennerlöf L (red.) (2000). Avveckla eller utveckla? En antologi om verksamhetskonsekvenser i magra organisationer. Rådet för arbetslivsforskning.

Lennqvist Lindén, A-S., (2010), Att lägga politiken tillrätta. Kommunala chefers professionalisering, Avhandling, Örebro universitet.

Lian O.S (2003). Convergence or Divergence? Reforming Primary Care in Norway and Britain. *The Milbank Quarterly*, 18:305-30.

Lampou K (1996). Prioriteringar inom sjukvården - en undersökning av avdelningsföreståndares och överläkares värderingar vid ett universitetssjukhus. I: Socialmedicinsk tidskrift, Ekonomistyrning, ledarskap och förändring, vol 73, nr 9-10, s 461-465. Uppsala universitet. Samhällsvetenskapliga fakulteten, Företagsekonomiska institutionen

Lidvall U (2010). Long-term sickness absence: Aspects of society, work, and family. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för försäkringsmedicin, Avdelningen för neurovetenskap.

Light, D W (2001). Managed Competition, Govern mentality and Institutional Response in the United Kingdom. *Social Science and Medicine*, 52:8, s 1167-81.

Lindberg K & Trädgårdh B (2001). Idén om vårdkedja möter lokal praxis. *Kommunal ekonomi och politik* vol 5 nr 2.

Lindberg K & Blomgren M (2009). Mot en fragmenterad vård. I: Mellan offentligt och privat: styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården. Stockholm: Santéus Academic Press.

Lidvall J (1997). Resultatansvar inom sjukvården. Stockholm: Nerenius & Santéus förlag.

Lipsky M (1980) *Street-level Bureaucracy*. New York: Sage.

Liu C, Spector P E & Shi L (2008). Use of both qualitative and quantitative approaches to study job stress in different gender and occupational groups. *Journal of Occupational Health Psychology* 13:4, s 357-370.

Lohela-Karlsson M (2010). Healthy workplaces. Factors of importance for employee health and organizational production. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för implementerings- och interventionsforskning.

LOU (2007:1091). Lagen om offentlig upphandling. www.regeringen.se

LOV (2008:15) Lagen om valfrihetssystem. www.regeringen.se

Lucio M M & McKenzie R (1999). Quality Management – a new form of control? I: Employee relations in the public services. Themes and issues. (ed. Corby S & White G). London: Routledge.

Luppens kunskapscentrum (2001). Måttband eller vågskål - hur gör man omvårdningsmätning? Arbetsrapport 4:200. Äldreomsorg och äldrevård.
www.hhj.hj.se/upload.../fef6168eb2da52559c9450735e0dd152.pdf

Lynch J W & Kaplan G A (2000). Socioeconomic Factors. I: Social Epidemiology (red. Berkman L F & Kawachi I). New York: Oxford University Press.

Mache S, Vitzhum, Nienhaus A, Klapp B F, Groneberg D A (2009). Physician's working Conditions and Job satisfaction: does Hospital ownership in Germany make a difference? BMC Health Service Research, 13:9, s 148.

Madsen I, Diedrichsen F, Burr H & Rugulius R (2010). Person-related work and incident use of antidepressants: relations and mediating factors from the Danish work environment cohort study. Scandinavian Journal of Work Environment, nov 36 (6), s 435-444.

Marmot M (2006). Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur & kultur.

Maslach C & Leiter M (1999). Sanningen om utbrändhet – Hur jobbet orsakar personlig stress och vad man kan göra åt det. Stockholm: Natur och kultur.

Mason A, Street A, Verzulli (2010). Private sector treatment centres are treating less complex patients than the NHS. Journal of the Royal Medicine Aug 1:103 (8), s 322-331.

Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H & Thor J (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. Quality and Safety in Health Care, 19, s 376-382.

McDonough P (2008). Restructuring Municipal Government: Labour-Management Relations and Worker Mental Health. Canadian Review of Sociology 45:2, s 197-219.

Miller C (1996). Public Service Trade Unionism and Radical Politics. Aldershot: Dartmouth.

Moesly H & Schmid G (1992). Labour market policy and unemployment: impact and process evaluations in selected European countries (red. de Koning J & Moesly H). Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.

Moon M J & deLeon P (2001). Municipal Reinvention: Managerial Values and Diffusion Among Municipalities. Journal of Public Administration Research and Theory 11:3, s 327-351.

Mossé P & Tchobanian R (1999). France. The restructuring of public employment relations in public services. I: Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, Modernization or Inertia? (red. Bach S). New York: Routledge.

Målvqvist I (2007). Ekonomisering av kvalitet och arbetsförhållanden inom vård och omsorg. Att överföra de privata kunskapsföretagens redovisningsmetod till offentlig sektor.
www.folkhalsoguiden.se

Målvqvist I (2010). Styrningens påverkan på ekonomi, arbetsförhållanden och kvalitet i hemtjänsten – utveckling av ett kvalitetsledningssystem. www.folkhalsoguiden.se

- Nelson A, Cooper C L & Jackson P R (1995). Uncertainty amidst change: The impact of privatization on employee satisfaction and well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 68, s 57-71.
- Nelson, E, Godfrey, M, Batalden P, Scott B, Bothe A, McKinley K, Craig M, Muething S, Gordon Moore L, Wasson L, Nolan T (2008). Clinical Microsystems, Part 1. The Building Blocks of Health Systems. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, July vol 34 (7), s 367-378.
- Newman S & Lawler J (2009). Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of Sociology* 45:4, s 419-432.
- Nilsson C-A (1988) "DRG i svensk tillämpning: Metodens möjligheter och problem". *Läkartidningen* 1988b; 85:1769-1772.
- Nilsson G (2003). *Processorientering och styrning -regler, mål eller värderingar?* Stockholm: Handelshögskolan.
- Noblet A, Rodwell J & McWilliams J (2006). Organizational change in the public sector. Augmenting the demand control model to predict employee outcomes under New Public Management. *Work & Stress* 20 (4), s 335-352.
- Nordang K, Hall-Lord ML, Farup PG (2010). Burnout in health care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. *BMC Nursing*, 9 (8), s 1-7.
- Nordström M (2000). *Hemtjänsten: Organisering, myndighetsutövning, möten och arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Notman M, Howe K R, Rittenberg W, Bridgham R, Holmes M M, Rovner D R (1987). Social policy and professional self-interest: physician responses to DRGs. *Social Science and Medicine*, 25 (12), s 1259-1267.
- Nyberg A (2009). *The Impact of Managerial Leadership on Stress and Health Among Employees*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap.
- Närld M (2009). Mindre kontorsplikt kan kurerar läkarbrist *Läkartidningen* 2009 nr 37 s 2266-7.
- Ohno T (1988). *Toyota Production System*. New York: Productivity Press.
- Olsson E & Ingvad B (2000). Köp, sälj och platta till! Organisationsförändringar, arbetsmiljö och omsorgskvalitet i hemtjänsten under 1990-talet. Lund: Meddelande från Socialhögskolan nr 7.
- Oliviera M D & Pinto C G (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics* 14, s 203-220.
- Olofsson S (2001). *Styrning av vårdproduktion i Stockholm*. Stockholms läns landsting.
- Olsen O & Sahlin-Andersen K (1998). Accounting Transformation in an Advanced Welfare State: The case of Sweden. I: *Global Warning. Debating International Development in New Public Financial Management* (red. Olson O, Guthrie J & Humphrey C). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Olsson E & Ingvad B (2006). Omorganisation, kvalitet och arbetsmiljö i hemtjänsten under 1990-talet. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, årg 12, nr 1 våren 2006, s 5-16.
- Ono Y, Lagerström M, Hagberg M, Lindén A & Malker B (1995). Reports of work related musculoskeletal injury among home care service workers compared with nursery school workers and the general population of employed women in Sweden. *Occupational and Environmental Medicine*, 52:10, s 686-693.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2005. Tackling nurse shortages in OECD countries. OECD Health Working Papers No. 19, Head of Publications Service, Paris.
- Parmsund M (1996) Husläkarnas arbetssituation – en intervjustudie. Rapport 1996:6, Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting.
- Parmsund M, Målvqvist I, Åborg C (2010). Arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa inom vård och omsorg. En jämförelse mellan anställda inom landsting, kommun och privat sektor i Stockholms län. Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:24.
- Paulsson G (1990). Ekonomistyrning med hjälp av DRG – en metod för förbättrad produktivitet och effektivitet? Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Pedersen K M, Christiansen T & Bech M (2005). The Danish health care system: evolution - not revolution - in a decentralized system. *Health Economics*, 14, september, s 41-57.
- Peterson U (2008). Stress and Burnout in Healthcare Workers. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Sektionen för Personskadeprevention.
- Petterson I-L (1998). Ökat inflytande genom empowerment. Utvärdering av ett program för medarbetarutveckling inom Solna stads äldreomsorg. Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 2002:4.
- Petterson I-L (1999). Vårdens arbetshälsorapport. Stockholms läns landsting. Yrkesmedicinska enheten.
- Petterson I-L, Donnersvärd H-Å, Hammarström S, Lagerström M & Toomingas A (2002). Ökat inflytande genom empowerment. Utvärdering av ett program för medarbetarutveckling inom Solna stads äldreomsorg. Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 2002:4.
- Petterson, I.-L., Hertting, A., Hagberg, L., Theorell, T., 2005. Are trends in work and health conditions interrelated? A study of Swedish hospital employees in the 1990:s. *Journal of Occupational Health Psychology* 10 (2), 110–120.
- Petersson H, Leppänen V, Jönsson S & Tranquist J (2006). Villkor i arbete med människor – en antologi om humanservice-arbete. (red. Tranquist J) *Arbetsliv i omvandling* 2006:4. Malmö: Arbetslivsinstitutet.
- Pollitt C (1993). *Managerialism and the Public Services*. Oxford: Blackwell. OECD (1992). *Historical Statistics*. Paris: OECD.
- Pollitt C & Summa H (1997). Trajectories for Reform: Public Management Change in Four Countries. *Public Money and Management* 17:1, s 7-18.
- Pollitt C & Bouckart G (2000). *Public Management Reform: A comparative Analysis*. Oxford U.K: Oxford University Press.
- Pollitt C (2003). *The Essential Public Manager*. Buckingham: Open University Press.
- Pollitt C & Bouckaert G (2004). *Public Management Reform? A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press. 2nd ed.
- Quinlan M, Mayhew C, Bohle p (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization and Consequences for occupational health: A review of resent research. *International Journal of Health Services*, 31: 2, s 335-414.
- Ragneklint R (2004). Effektivitet - vad är det? Perspektiv på effektivitet i offentlig sektor. Lunds universitet, Avdelningen för psykologi. Akademi och samhälle 2000.
- Regeringens skrivelse 2009/10:248. www.regeringen.se

- Rittel H W & Webber M M (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* 4, s 155-169.
- Safford & McGregor (1997). Employment in the public and private sector. *Economic Trends* 520, 22-33.
- Sandkull B & Johansson B (2000). Från Taylor till Toyota: betraktelser av den industriella produktionens organisation och ekonomi. Lund: Studentlitteratur.
- SCB (2001) Arbetsmiljöundersökningar. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- SCB (2005) Arbetsmiljöundersökningar. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- SCB (2007). Arbetsmiljöundersökningar. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- SCB (2009) Fortfarande lika stressigt på jobbet. *Välfärd* nr 1. 2009.
- Schokkaert E & Van de Voorde C (2005). Health care reform in Belgium. *Health Economics* 4, s 25-39.
- Schut F T, Wynand P & Van de Ven W (2005). Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Economics* 14, s 59-74.
- Seddon J (2005). Freedom from Command & Control – Rethinking management for Lean Service. New York: Productivity Press.
- Siverbo, S. & Åkesson, J. (2009). ”Forskare varnar för överdos av styrning”, CIO Sweden, www.idg.se 2009 06 18.
- SKL (2006a). Aktuellt om äldreomsorgen. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL (2008). Aktuellt om äldreomsorgen. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL (2009a). Yttrande om Europeiska Gemenskapernas Kommissions grönbok angående den europeiska arbetskraften inom vården (KOM 2008 725 slutlig). Stockholm: Sveriges kommuner och landsting, 2009-03-20.
- SKL (2009b). Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sly F & Stillwell D (1997). Temporary workers in Great Britain. *Labour Market Trends*, September, 351, s 347-54.
- Socialstyrelsen (2003). Hur många direkt underställda kan en chef ha? - om kontrollspann i vård och omsorg.
- Socialstyrelsen (2004). Investera nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg.
- Socialstyrelsen (2007). Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten.
- Socialstyrelsen (2009). Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – officiell statistik om antal legitimerade (2008) och arbetsmarknadsstatus (2007).
- Socialstyrelsen (2010). Projekt för att utveckla beskrivningssystem inom hälso- och sjukvården.
- SOU (1991). Staten och de nya offentliga marknaderna. 1991:104. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU (1996). . Två steg fram - ett tillbaka. Erfarenheter från landsting med beställarutförarmodell". I: Förnyelsen i kommuner och landsting. SOU 1996:169; Leffler, M, bilaga V, Stockholm: Fritzes.

- SOU (1999) De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? I: God vård på lika villkor? Om statens styrning av hälso- och sjukvården. SOU 1999:66; Bilaga 1, Petterson I-L. www.regeringen.se
- SOU (2001). Valfärdstjänster i omvandling 2001:52. www.regeringen.se
- SOU (2002). DE FRISKA - en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutveckling. I: Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5; Bilaga 2:5, Vingård E & Lindberg P. www.regeringen.se
- SOU (2007). Att styra staten - regeringens styrning av sin förvaltning 2007:75. www.regeringen.se
- Stansfeld, S. & Candy, B., (2006), Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review, *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32 (6), s 443-462.
- Statens folkhälsoinstitut (2010), Hälsa i arbetslivet. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, Stockholm
- Stigendahl (2007). Styrning för bättre effektivitet. VERVA 2007:12. Verket för förvaltningsutveckling.
- Stockholms läns landsting (2009). Kvalitetskrav och mätningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Delrapport 4 i Framtidens hälso- och sjukvård. Långtidsutredning om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting 2008-2025.
- Street A, Sivey P, Mason A, Miraldo M, Siciliani L (2010) Are English treatment centres treating less complex patients? *Health Policy* Feb, 94:2, s 150-7.
- Szulkin R (1999). Making people work: Control and incentives in Swedish Organizations. *Acta Sociologica* 42, s 103-122.
- Sundström-Frisk C & Weiner J (2004). Vad säger arbetsskadestatistiken? I: Arbetsliv och Hälsa 2004 (red. Gustafsson, R & Lundberg, I). Arbetslivsinstitutet och Arbetsmiljöverket, Stockholm: Liber förlag.
- Svalander P-A & Åhgren B (1995). Vad ska man kalla det som händer i Mora? – och andra frågor om styrmodeller. En preliminär uttolkning av fallstudier i sex landsting. Landstingsförbundets, rapport till HSU, 2000, Stockholm.
- Svensson H & Garelius L (1994). Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? Stockholm: Spri-rapport 39.
- Szebehely M (1995). Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten. Lund: Arkiv förlag.
- Söderfeldt, B, Söderfeldt, M, Muntaner, C, O'Campo, P, Warg, L-E & Ohlson C-G (1996). Psychosocial Work Environment in Human Service Organizations: A Conceptual Analysis and Development of the Demand-Control Model. *Social Science Medicine*, 42: 9, s 1217-1226.
- Theorell T & Karasek R (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health of Psychology*. 1:1, s 9-26.
- Thompson A G H & Sunol R (1995). Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 7: 2, s 127-141.
- Torkelson E & Muhonen T (2003). Stress and health among women and men in a Swedish telecom company. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 12:12, s 171-186.
- Tuohy C (1999). *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*. Oxford, U.K: Oxford University Press.

- Van Ham I, Verhoeven A, Groenier K, Groothoff J & de Haan J (2006). Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *European Journal of General Practice*, 12, s 174-180.
- Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Ferrie J (2002). Public Health Policy and Practice – Employment security and health. *Journal of Epidemiology Community and Health*, 56, s 569-574.
- Vårdfokus (2010) ”Sjuksköterskor nöjda med yrket men inte med arbetsmiljön.” Nr 9. Vårdföretagarna (2010). (2010-11-03).
http://www.vardforetagarna.se/web/Sjukfranvaro_skapar_ojamlik_vard_1.aspx
- Waenerlund A-K, Virtanen P & Hammarström A (2011). *Scandinavian Journal of Public Health*, February (14).
- Weiner S L, Maxwell J H, Salpolsky H M, Dunn D L, Hsiao W C (1987). Economic incentives and organizational realities: Managing hospitals under DRGs. *The Milbank Quarterly*, 65, s 463-487.
- Weishaupt J T (2010). A silent revolution? New management ideas and the reinvention of European public employment services. *Socio-Economic Review* 8:3, s 1-26.
- Westerlund H, Nyberg A, Bernin P, Hyde M, Oxenstierna G, Jäppinen P, Väänänen A, Theorell T. (2010). Managerial leadership is associated with employee stress, health, and sickness absence independently of the demand-control-support model. *Work*, 37:1, s 71-9.
- Westgaard R H & Winkel J (2011). Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems – A systematic review. *Applied Ergonomics*, 42, 261-296.
- Westrup U (2002). Gränsöverskridande styrning – Om krav på ekonomisk styrning i social verksamhet med barn och ungdomar. Lund: Wallin & Dahlholm Boktryckeri AB.
- Westrup, U & Persson, J E. (2007). Gränsöverskridande ledarskap och styrning: förutsättningar för preventivt arbete med barn och ungdomar. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset.
- Weyers S, Peter R, Bogglid H, Jeppesen H J , & Siegrist J (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, s 26-34.
- Winchester D (1983). *Industrial relations in the public sector. I: Industrial Relations in Britain* (red. Bain G). Oxford: Blackwell.
- Winchester D & Bach S (1995). *The state: Public sector. I: Industrial Relations in Britain*, (red. Bain G). Oxford: Blackwell.
- Winchester D & Bach S (1999). *Britain. The transformation of public service employment relations. I: Public Service Employment Relations in Europe : Transformation, Modernization or Inertia?* (red. Bach S). New York: Routledge.
- Wolmesjö, Maria (2008) *Ledarskapets autonomi – om chefers dilemman och handlingsutrymme. I: När den professionella autonomin blir till ett problem* (red. Jonnergård K, Funck E K & Wolmesjö M). Växjö: Växjö University Press.
- Zeytinoglu I U, Denton M, Davies S, Baumann A, Blythe J, Boos L (2006). Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: Effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Health Policy* 79, 1, s 57-72.
- Zeytinoglu I U, Denton M, Davies S, Millen Plenderleith J (2009). Casualized employment and turnover intention: Home care workers in Ontario, Canada. *Health Policy* 91, s 258-268.

Åhlström P & Karlsson C (1996). Change processes towards lean production - The role of the management accounting system. *International Journal of Operations & Production Management*, 16:11, s 42-56.

Åkerlind I, Ljungblad C & Granström F (2010). Verksamhetsstyrning, arbetsmiljö och hälsa i kommunal vård och omsorg. Västerås: Mälardalens högskola. Akademin för hälsa, vård och välfärd. www.mdh.se

Bilaga 1

NPM i några europeiska länder

Trots att NPM är en global reformrörelse är det viktigt att poängtera att många forskare hävdar att NPM i praktiken tar sig en mängd varierande uttryck (Almqvist, 2006). En genomgång av den offentliga sektorns utformning i sex länder som gjordes år 1999 (Bach m fl.) visar att Storbritannien gjort de mest omfattande förändringarna vid den här tidpunkten. Tyskland, Italien och Frankrike hade inte gjort några omfattande förändringar medan Spanien var i färd med att bygga upp den offentliga sektorn. I Danmark låg tonvikten på att skapa konsensus kring behovet av reformer. I Sverige, som inte fanns med i Bachs genomgång, hade också omfattande förändringar genomförts år 1999 (Almqvist, 2006). Enligt Almqvist har ekonomier som Japan, Tyskland och Schweiz ägnat förhållandevis lite uppmärksamhet åt NPM, jämfört med länder som Nya Zeeland, Storbritannien och Sverige. Pollit och Summa (1997) poängterar dessutom att existerande politiska system i hög grad förklarar varför liknande reformrörelser får olika effekter i olika länder. Därför kan en liknande förändringsambition ta sig olika uttryck och få mycket varierande effekter i olika institutionella system.

Bach (1999) fann inget som visade på något intresse för en dialog mellan länderna inom EU kring hur de offentliga tjänsterna skulle skötas. Däremot uppfattade han ett intresse inom varje land för att minska skillnaderna i anställningsförhållanden mellan den privata och offentliga sektorn, främst när det gäller att minska lönerna och öka arbetskraftens flexibilitet. Han fann även intresse för vilka olika typer av ledarstilar som skulle kunna hämtas från den privata till den offentliga sektorn. Redan lågbetalda yrkesgrupper har i flera av de undersökta länderna fått sämre löner, arbetsvillkor och anställningsförhållanden vid den offentliga sektorns marknadsanpassning och privatisering, (Bach, 1999; Winchester & Bach, 1999; Zeytinoglu et al, 2009). Senare forskning har visat att NPM-reformerna påverkat vissa yrkesgrupper positivt och andra yrkesgrupper negativt (Egan et al, 2007; Härenstam et al, 2005). Sammanfattningsvis menade Bach (1999) att även om regeringarna i olika länder mötte samma typ av problem när det gällde ökade krav på den offentliga sektorn, så åtgärdades de utifrån olika nationella förutsättningar.

Nedan följer en övergripande sammanställning av utvecklingen fram till år 1999 från sju länder i Europa, som visar på strukturella likheter och skillnader i åtgärder och effekter:

England

I England minskade antalet anställda inom den offentliga sektorn från 7,4 miljoner år 1979 till 5,2 miljoner år 1996 (Safford & McGregor, 1997). Kraven på kostnadsminskningar innebar, enligt Corby (1999), att första linjens chefer fick fler underställda, att man införde lägre bemanningsnivåer och ofta ledde detta till ökad arbetsbelastning.

År 1999 skrev Corby och White (1999) att arbetslivet, oavsett sektor, ställde ökade krav på flexibilitet när det gällde anställningsformer, lön, arbetstider och arbetsorganisation.

Detta är, enligt dem, särskilt kännbart inom den offentliga sektorn, som av tradition varit centraliserad, byråkratisk och rigid fram till åttiotalet. De menar att de nya idéerna som kom i slutet av 1980-talet har inneburit krav på flexibilitet och kostnadsminskningar, effektivitet och nedbrytning i mindre enheter och med eget resultatansvar inom den offentliga sektorn. Syftet var, enligt Corby och White att verksamheterna snabbare skulle kunna svara upp mot kundernas (patienternas, brukarnas, vår anm.) individuella behov.

Den offentliga sektorn hade 1999 delats upp i en beställar- och en utförarfunktion. Beställarsidan kunde därigenom upphandla tjänster med den egna utföraren eller med privata utförare (Winchester & Bach, 1995; Kirkpatrick I & Martinez Lucio M, 1995).

NPM har även haft stor betydelse för personalfrågorna. En studie från år 1995 visar att det var vanligare att anställda inom den offentliga sektorn ständigt hade tidsbegränsade anställningar jämfört med övriga anställda (10,4 procent jämfört med 5,7 procent) (Sly & Stillwell, 1997).

Enligt Bach (1999) är ett gemensamt tema för personalavdelningarna att utifrån NPM få ut mer och bättre kvalitet på tjänsterna av en mer lojal och flexibel personal. Han menar att det finns både mjukare strategier för att öka personalens arbetsförmåga, t.ex. genom att skapa en gemensam värdegrund och att satsa på kompetensutveckling, och hårdare strategier som tidsstudier eller andra kontrollsystem. Bach (1999) anser att kraven på personalen ökade genom att konkreta mål kopplades till individuell lönesättning och hårdare uppföljning av sjukfrånvaron (se även Ferlie m fl, 1996).

Lucio och MacKenzie (1999) menar att kvalitetsfrågorna bidragit till organisatorisk kontroll. Från mitten av 1979-talet till slutet av 1980-talet kontrollerades kostnaderna men inte servicekvaliteten. För att säkra en viss standard infördes då även andra kontrollsystem, t.ex. kvalitetsuppföljningar genom kundernas egen bedömning av personalens tjänster.

En annan viktig attitydförändring utifrån NPM var att fokus lades på kunden, kundens intressen var viktigare än både arbetsgivarnas och arbetstagarnas (Winchester 1983; Winchester & Bach, 1995; White, 1996). Detta innebar att arbetsprocessen blev mer och annorlunda styrd än tidigare, då den i större utsträckning enbart utgick från professionerna.

Genom att arbetsgivarna fokuserade på kundernas behov ökade arbetsbelastningen och stressen, enligt Lucio och MacKanzie (1999). De ökande kraven på offentliga besparingar och högre effektivitet ledde till att den engelska regeringen starkt stödde ökad styrning av professionerna inom den offentliga sektorn genom kvalitetsuppföljningar och återopande av kundens rättigheter (Pollitt 1993; Ackroyd & Soothill, 1994). Thompson (1995) pekar på att kvalitetsuppföljningarna inom hälso- och sjukvården fokuserade på kostnader och tid eller tidpunkter för tjänsteleveranserna och inte på kundtillfredsställelsen, även om antalet sådana undersökningar ökade.

Miller (1996) hävdar att organisationer inom den offentliga sektorn intresserat sig för kvalitetsfrågorna utifrån ett äkta intresse för kundens delaktighet, särskilt på regional nivå. Lucio och MacKenzie (1999) menar att de fyra faktorer som de pekat ut (ändring av arbetstagarnas beteende, ökad styrning av arbetsprocessen, ökade möjligheter till nedskärningar och samtidigt krav på högre effektivitet) haft lika stor betydelse för val av styrning som ett intresse för kundens rättigheter.

I mitten av 1990-talet beslöt den engelska regeringen att samla alla yttringar av NPM inom ett kvalitetskontrollsystem (Lucio & MacKenzie, 1999). Syftet var att skapa en kvalitetsbaserad kultur inom den offentliga sektorn och få den enskilda arbetstagaren att inse sin betydelse för att leverera tjänster med kvalitet. Enligt Lucio och MacKenzie utvecklades en ”syndabockskultur” där anställda inom den offentliga sektorn ställdes som ansvariga för misslyckanden i leveransen av tjänster. De menar att det tog fokus ifrån de övergripande strukturella och politiska/ekonomiska frågorna.

Nottingham och O’Neill (1998) drog slutsatsen att det som var karakteristiskt för den offentliga hälso- och sjukvården var att personalen måste göra mer med samma resurser eller till och med med mindre resurser.

Tidigare hade de flesta arbetstagarna inom offentlig sektor trygga anställningsförhållanden, tydliga karriärmöjligheter, bra pensioner, sjukersättning och andra förmåner jämfört med anställda inom den privata sektorn (Winchester, 1999). Förändringarna från mitten av 1980-talet, med beställare- utförarsystem, upphandlingar och interna marknader har, enligt Winchester, inneburit neddragningar av personal, lägre löner och ökad arbetsbelastning för kvarvarande personal.

Tyskland

Anställningsförhållandena inom den offentliga sektorn i Tyskland var år 1999 påtagligt lika för alla anställda, på grund av centralt bestämda villkor. Flera verksamheter var statliga än vad som var fallet i Sverige, t.ex. utbildningsväsendet. Hälso- och sjukvården var kommunal.

Neddragningar av antalet tjänster inom den offentliga sektorn gjordes under 1980- och 1990-talet utifrån höga kostnader och kraven från EMU (Moesly & Schmid, 1992; Beaumont, 1999). I f.d. Östtyskland byggdes den offentliga sektorn upp enligt samma principer som de som fanns i Västtyskland (Keller, 1999). Framförallt inom den kommunala sektorn ökade tidsbegränsade anställningar i antal. Enligt Keller (1999) var inte heltid och tillsvidareanställningar längre normen.

En studie från år 2005 visar att Tyskland ännu inte infört marknadsmekanismer inom sjukvården i någon större omfattning (Schut, et al, 2005).

Frankrike

I Frankrike var statens roll år 1999 i jämförelse med andra länder fortfarande stark (Mossé & Tchobanian, 1999). Inom hälso- och sjukvårdssektorn fanns både regionala och kommunala sjukhus. Andelen privata sjukhus är förhållandevis stor i Frankrike. Man har från centralt håll vidtagit kraftfulla åtgärder för att få insyn i sjukhusens budgetar och för att minska antalet sängplatser (Mossé & Tchobanian, 1999). Ledningstekniker, t.ex. konkurrens mellan olika enheter, har anammats från den privata sektorn. Genom ökade vårdavgifter och minskning av antalet vård dagar ökade den genomsnittliga produktiviteten mellan 1989 och 1999. Lönebestämmelserna var år 1999 centraliserade och generellt mer lika än inom den privata sektorn. Enligt Mossé och Tchobanian var de offentliga fackföreningarna starkare än de privata och protesterade mot införandet av NPM på 1990-talet utifrån arbetstagarnas rättigheter. Landet bytte regeringar vid fyra tillfällen åren 1986 till 1999 och högerblocket drev reformer utifrån NPM medan vänsterblocket inte gjorde det under sina regeringsperioder.

Belgien

Enligt Schokkaert & Van de Voorde (2005) har effektiviseringar/neddragningar pågått inom belgisk hälso- och sjukvård sedan 1980-talet. Majoriteten av sjukhusen är privatägda utan lönsamhetskrav (kooperationer). Belgien är ett av de mest progressiva länderna när det gäller hälso- och sjukvårdsreformer utifrån NPM-konceptet. Patienterna har rätt att välja vårdgivare och läkarna har rätt att välja vilken typ av behandlingar man vill inrikta sig på. Detta har begränsat möjligheten till lokala direktiv och kvalitetsuppföljningar. Den övergripande styrningen har därför mest bestått av betalningstariffer etc. De socioekonomiska och regionala skillnaderna i landet kvarstår ännu.

Holland

I slutet av 1980-talet infördes marknadsorienterade reformer inom hälso- och sjukvården (Schut, et al, 2005). Man ville effektivisera och Schut m fl menar att det uppstod en märklig marknad med strikta kostnadsreducerande policys samtidigt med en stark strävan att genomföra marknadsorienterade reformer. Huvudsyftet med dessa reformer var att öka effektiviteten, lyhördheten för patienternas behov och upprätthålla allas möjlighet till hälso- och sjukvård. Enligt Schut m fl är dock marknadens roll i Holland fortfarande begränsad.

Spanien, Portugal och Italien

Först på 1980-talet fick Spanien föreskrifter inom den offentliga sektorn, vilket innebar att man år 1999 fortfarande var i färd med att bygga upp en sådan sektor (Jodar et. al, 1999).

1979 införde Portugal ett nationellt sjukvårdssystem. En studie från 2005 visar att systemet inte implementerats till fullo i landet eller ändrats i sitt syfte. Alla invånare hade inte tillgång till sjukvård på en jämlik nivå (Oliviera & Pinto, 2005).

År 1993 startade reformeringen av den italienska offentliga sektorn (Bordogna et al, 1999) genom att minska lagstiftningens roll när det gäller anställningsformerna. Data finns inte tillgänglig om hur detta fallit ut, enligt Bordogna. Vid en genomgång som gjordes av det italienska sjukvårdssystemet år 2005 (France et al, 2005) framkom att det nationella sjukvårdssystemet kunde erbjuda samtliga medborgare primärvård medan låginkomstgrupper hade svårt att få specialistvård.

Danmark

Danmark hade år 1999 förhållandevis många anställda inom den offentliga sektorn. Från 1980-talet och framåt lämnade Danmark synen att byråkrati och planekonomi inom den offentliga sektorn var framgångsrik (Andersen et al, 1999). På 1990-talet utvecklades den offentliga sektorn på kommunal nivå. Ett mer kundfokuserat perspektiv präglade debatt och intentioner. En viktig del var införandet av beställare- utförare, genomförande av decentralisering av administrationen och delegering av ansvar ut till förstalinjens chefer. Men även viss privatisering, införande av marknadsmekanismer och intern modernisering hade införts (Nachold, 1999). Offentliga tjänster kunde utföras av privata aktörer fr.o.m. 1990-talet, men förändringstakten dämpades när det uppstod våldsamma konflikter mellan nya arbetsgivare och fackföreningar (Due et al, 1996).

Inom socialtjänsten var det äldreomsorgen man främst privatiserade, så att de äldre kunde välja mellan olika utförare (Andersen, 1999). Enligt Andersen (1999) användes tidsbegränsade anställningar i stor omfattning inom flera sektorer.

Enligt Pedersen m fl (2005) genomgick Danmarks hälso- och sjukvård successiva förändringar och inga radikala reformer från 1970 till 2004. Sjukhusen är offentliga medan primärvårdsläkarna är privata utförare kontrakterade av landstingen. Staten reglerar antalet primärvårdsläkare så konkurrensen är försumbar (Green-Pedersen, 2001). Sjukvården, primärvården och specialistvården finansieras via skattemedel. Systemet karaktäriseras av kostnadskontroll, viss produktivitetsoökning och en hög patient- och medborgarnöjdhet, trots väntelistor, vilka dock, enligt Green-Pedersen, är kortare än i övriga länder med nationella hälso- och sjukvårdssystem. Fritt val av sjukhusvård infördes i mitten av 1990-talet. Efter en väntetid på två månader inom den offentliga sjukvården har patienten rätt att vända sig till privat sjukvård, som har 1 procent av alla sängplatser, eller åka utomlands för behandling. Kostnaderna för den offentliga sektorn jämförs kontinuerligt med resten av den danska ekonomin. Dansk hälso- och sjukvård har en kombination av basanslag (ca 80 %) och ett prestationsbaserat ersättningssystem (ca 20 %). Åren 1996-2001 ökade produktiviteten med 1,5 procent. Pedersen m fl. (2005) hävdar att det övergripande målet för dansk hälso- och sjukvård varit att hålla budgeten vilket kan ha dämpat innovationer och nytänkande. Enligt en studie som undersöker balansen mellan ansträngning och belöning bland danska sjuksköterskor (Weyers et al, 2006) är det bättre balans mellan de två faktorerna bland danska sjuksköterskor än sjuksköterskor i övriga EU-länder.

Äldreomsorgen i Danmark var inte privatiserad år 2002, förutom några områden som blivit ”outsourcade”, nämligen matlagning och städning.

ISBN: 978-91-86313-66-1

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**