

De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården

– vad hände med ekonomi, arbetsmiljö
och demokrati?



Bilaga 1

Bilaga till slutbetänkande av
Kommittén om hälso- och sjukvårdens
finansiering och organisation – HSU 2000



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 1999:66



Statens offentliga utredningar
1999:66
Socialdepartementet

De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården

– vad hände med ekonomi,
arbetsmiljö och demokrati?

Bilaga 1

Slutbetänkande från kommittén om hälso- och sjukvårdens
finansiering och organisation
Stockholm 1999

SOU och Ds som ingår i 1999 års nummerserie kan köpas från Fakta Info Direkt. För remissutsändningar av SOU och Ds som ingår i 1999 års nummerserie svarar Fakta Info Direkt på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress: Fakta Info Direkt, Kundservice
Box 6430, 113 82 Stockholm
Tel: 08-587 671 00, Fax: 08-587 671 71
E-post order@faktainfo.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 1993.

– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:

Information Rosenbad
Regeringskansliet
103 33 Stockholm
Fax: 08-405 42 95
Telefon: 08-405 47 29

Innehåll

FÖRORD	3
1 NYA EKONOMISKA STYRFORMER – BAKGRUND, UTFORMNING OCH EFFEKTER AV HELENE TÖRNQVIST	5
1.1 INLEDNING	5
1.2 BAKGRUND TILL FÖRÄNDRINGARNA I EKONOMISKA STYRFORMER	6
1.3 BESKRIVNING AV EKONOMISKA STYRFORMER	18
1.4 EFFEKTER AV NYA STYRFORMER	26
1.5 SAMMANFATTNING	44
2 DEN NYA EKONOMISTYRNINGEN OCH ARBETSMILJÖN AV ROLF Å GUSTAFSSON	53
2.1 ÖKAD PRODUKTIVITET ELLER MER SLIT UNDER 1990-TALET?	53
2.2 EN FÖRSTA ÖVERSIKT ÖVER DET SVENSKA KUNSKAPSLÄGET	56
2.3 DEN SVENSKA UTVECKLINGEN I INTERNATIONELL BELYSNING	62
2.4 VÄLFÄRDSPOLITISK REFORMPESSIMISM	64
2.5 TRE FORSKNINGSTRADITIONER	66
2.6 SAMMANFATTNING	75
3 VÅRDENS ARBETSMILJÖER UNDER 1990-TALET – EN ÖVERSIKT ÖVER GENOMFÖRDA STUDIER AV INGA-LILL PETTERSON	85
3.1 STÖD OCH HINDER FÖR ”DET GODA ARBETET”	86
3.2 KVALITETSSÄKRING AV ARBETSMILJÖN	92
3.3 FÖRÄNDRINGAR I VÅRDENS ORGANISATION OCH PERSONALSTRUKTUR	97
3.4 VAD TYCKER VÅRDPERSONALEN OM ARBETSMILJÖN I VÅRDEN UNDER 90-TALET	102
3.5 SAMMANFATTNING	116
4 EN EMPIRISK JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING MED OLIKA STYRMODELLER AV ROLF Å. GUSTAFSSON OCH INGA-LILL PETTERSON	129
4.1 VAD SÄGER SCB:S ARBETSMILJÖUNDERSÖKNINGAR 1989–1997 OM FÖRÄNDRINGAR I VÅRDENS ARBETSMILJÖER?	129
4.2 STUDIENS SYFTE, UPPLÄGGNING OCH MATERIAL	130
4.3 RESULTAT OCH TOLKNINGAR	132
4.4 SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER	140

**5 HUR GICK DET MED MEDBORGARSTYRET I 1990-TALETS SJUK-
VÅRD? EN LITTERATURÖVERSIKT AV CECILIA ERIKSSON143**

5.1 INLEDNING OCH ALLMÄNNA UTGÅNGSPUNKTER	145
5.2 MEDBORGARPERSPEKTIVET	157
5.3 POLITIKERPERSPEKTIVET	174
5.4 SLUTSATSER.....	191

Förord

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har enligt sina direktiv bl.a. uppdraget att dra erfarenheter av de nya formerna för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen.

Kommittén uppdrog åt tre forskargrupper, att ur olika perspektiv, göra kommenterande litteraturöversikter över genomförda utvärderingar av effekterna. De tre perspektiven på de förändrade styrformerna av vården är: ekonomi, produktivitet och effektivitet; vårdens arbetsmiljö samt demokratin.

I denna bilaga 1 till slutbetänkandet presenteras forskarnas litteraturöversikter. Det ekonomiska perspektivet behandlades av civilekonom Helene Törnqvist, arbetsmiljö av docent Rolf Å Gustafsson och med.dr., leg psykolog Inga-Lill Petterson och demokrati av fil. mag. Cecilia Eriksson och universitetslektor Erik Amnå.

De utvärderingar som är genomförda har framför allt avsett effekter för ekonomi och produktivitet. Vårdens arbetsmiljö har endast i undantagsfall behandlats i samband med utvärderingar av de nya styrformerna. Gustafsson och Petterson har därför kompletterat sina litteraturöversikter med en egen analys av Statistiska Centralbyråns Arbetskraftsundersökning. Demokratiaspekterna behandlas av Eriksson dels vad gäller inflytandet som patient "den lilla demokratin" och dels det politiska inflytandet "den stora demokratin".

Ansvar för bedömningar och slutsatser i denna bilaga vilar på respektive författare.

Projektledare från sekretariatet i utarbetandet av denna bilaga har varit Sofia Kälvemark. I bilaga 2 till slutbetänkandet presenteras underlag för kommitténs arbete med statens styrning av hälso- och sjukvården samt vårdforskningens finansiering och organisation.

Stockholm i maj 1999

Leni Björklund
Ordförande

Ulla Åhs
Huvudsekreterare

1 Nya ekonomiska styrformer – bakgrund, utformning och effekter

Av Helene Törnqvist

1.1 Inledning

Bakgrund

Då en lång period av expansiv ekonomisk utveckling inom hälso- och sjukvården upphörde uppstod behov av effektivisering av verksamheten. Under en tid hade sjukvården dessutom utsatts för kritik för låg produktivitet och effektivitet. Bristfälliga informationssystem skapade dessutom svårigheter att överblicka och studera vad som hände inom den alltmer komplexa sjukvårdsverksamheten. Detta utgjorde en del av bakgrunden till de stora förändringar som skett inom den svenska hälso- och sjukvården, exempelvis har en rad landsomfattande reformer och överenskommelser genomförts. Därtill har omfattande förändringar av organisations- och styrformer gjorts inom landstingen.

I den fortsatta diskussionen kommer begreppet *nya ekonomiska styrformer* att avse alla styrformer som innefattar ekonomiska incitament (om inget annat nämns), oavsett om dessa införts på nationell nivå eller inom enskilda landsting. Exempelvis hade Ädel-reformen flera syften, i detta sammanhang ses denna reform endast i ljuset av betalningsansvar för s.k. klinikfärdiga patienter. Likaså ses patienternas möjlighet att välja vårdgivare i ljuset av att "pengarna följer patienten".

Syfte och avgränsning

Syftet är att sammanställa kunskaper och erfarenheter rörande såväl bakgrunden till, syftet med som effekterna av de nya ekonomiska styrformer som introducerats inom hälso- och sjukvården under de senaste åren. Sammanställningen avser den landstingsdrivna vården.

Metod

Insamlingen av litteratur har gjorts genom sökningar i databaserna Spriline och Libris. Ett problem har varit att förändringarna i landstingens styrformer har genomförts under en period då även andra stora förändringar gjordes. Det är därför svårt att avgränsa effekter till specifika förändringar av ekonomiska styrformer.

Disposition

Denna sammanställning har lagts upp på följande sätt: Kapitel 2 behandlar övergripande frågeställningar rörande sjukvårdens kostnader och organisation samt bakgrunden till förändringarna i de ekonomiska styrformerna. En beskrivning av olika styrformer som prövats och en diskussion om förutsättningarna för att de ska fungera finns i det tredje kapitlet. I kapitel 4 görs ett försök att beskriva de effekter som de nya styrformerna fått på sjukvården.

1.2 Bakgrund till förändringarna i ekonomiska styrformer

Några kännetecknande drag i det svenska sjukvårdssystemet

Något som särskilt utmärker svensk sjukvård vid en internationell jämförelse är att den i mycket hög grad domineras av offentliga vårdgivare. Ett annat utmärkande drag är den decentraliserade sjukvårdsmodellen där parallella, geografiskt avgränsade och politiskt styrda organisationer har hand om såväl finansiering som huvuddelen av driften av öppen och slutna vård. Sjukvården finansieras i huvudsak via lokala skatter inom landstingen. Anell (1996) sammanfattar i en artikel huvuddragen i

den svenska sjukvårdsorganisationen i följande tre meningar: Beslutsfattandet är *decentraliserat* till landstingsnivå. Varje landsting har mer eller mindre *monopol* vad gäller att förse sin befolkning med vård. Landstingen såväl äger och driver sjukvårdsanläggningar som producerar vården i mycket hög utsträckning, dvs. de har *integrerat ansvaret* för finansieringen med produktion av sjukvårdstjänsterna. Dessutom är de flesta läkarna, till skillnad från många andra länders sjukvårdssystem, anställda av vårdgivarna och inte egna företagare. Den svenska modellen med politiskt styrda landsting är ovanlig i ett internationellt perspektiv.

Exempel på förändringar på nationell nivå

Under 1990-talet har fyra huvudmannaskapsförändringar inom vård- och omsorgsområdet genomförts: Ädel-, psykiatri- och handikappsreformerna samt läkemedelsreformen. Dessutom har husläkarsystemet införts och avvecklats och patienterna har givits ökade möjligheter att välja vårdgivare.

Dessa reformer har således införts parallellt med införandet av förändringar i den politiska och ekonomiska styrningen.

Ädel-reformen trädde i kraft den 1 januari 1992 och innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för service, vård och omsorg till äldre, långvarigt sjuka och handikappade. De problem som föranledde reformen var en oklar ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting när det gällde långvarigt sjuka människor. De alltför "klinikfärdiga" patienterna tog upp platser inom akutsjukvården. Förhoppningen var att landstingen skulle kunna renodla sin verksamhet och höja både kvalitet och kostnadseffektivitet i sjukvården. Det ekonomiska styrmedel som infördes var ett *kommunalt betalningsansvar* för somatisk långtidsvård, liksom för "medicinskt färdigbehandlade" patienter inom landstingens somatiska korttidsvård och geriatriska vård. Dessutom fick kommunerna möjlighet att driva *hemsjukvård* efter överenskommelse med landstingen. (Socialstyrelsen, 1998) Införandet av denna reform har fått till följd att de svenska sjukvårdskostnaderna nu på ett helt annat sätt är jämförbara med övriga länder.

Handikappsreformen, som infördes 1994, innebar att kommunerna fick ansvaret för samtliga former av stöd och service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LLS).

Psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, innebar att kommunerna fick betalningsansvar för patienter som efter tre månaders sammanhängande vårdtid bedömts vara "medicinskt färdigbehandlade" inom slutna psykiatriska vård.

Läkemedelsreformen innebär att landstingen successivt kommer att överta kostnadsansvaret från staten. Reformen beräknas vara helt genomförd år 2000. En av målsättningarna med denna reform var att ge sjukvårdens personal ökade incitament att dämpa kostnadsutvecklingen för läkemedel. Eftersom den medicinska utvecklingen kommit att medföra att läkemedel alltmer kommit att bli ett terapialternativ bland flera finns förhoppningar att ett samlat kostnadsansvar också ska kunna leda till ökad kostnadseffektivitet.

Vidare har en *Vårdgaranti* införts och avvecklats. I samband med denna gavs särskilda stimulansmedel för att stödja landstingens investeringar i sådan utrustning som krävdes för övergång till ny medicinsk teknologi.

Besparingskrav dels beroende på en betydande nedgång i ekonomin för första gången sedan 1930-talet, med fallande BNP tre år i rad. Dels krävdes betydande besparingar i syfte att uppfylla de konvergenskriterier som enligt Maastrichtfördraget ska vara uppfyllda för att möjliggöra inträde i EMU (Håkansson, 1998).

Under några få år under 1990-talet infördes således flera stora förändringar i den svenska sjukvården på nationell nivå som kom att påverka såväl struktur som incitament. Samtidigt gjorde landstingen omfattande förändringar i sina organisations- och styrformer.

Sjukvårdens kostnader och resurser

Under 1990-talet har det skett en strukturuomvandling inom hälso- och sjukvården. Landstingen har utsatts för en ökad kostnadspress, vilket lett till besparingar i vården – inte minst inom den slutna sjukhusvården. Utvecklingen av nya medicinska teknologier har haft en central roll i strukturuomvandlingen, bl.a. gett ökade möjligheter att överföra alltmer från slutna vård till öppna vårdformer.

I sjukvårdsdebatten hävdas ofta att Sverige har minskat sjukvårdsutgifterna, mätt som andel av bruttonationalprodukten (BNP), mer än flertalet andra länder. Det kan också förefalla så vid ett ytligt betraktande. Nedgången beror dock främst på omläggningar av statistiken till följd av förändringar i huvudmannaskap. Ett exempel är Ädel-reformen 1992, då sjukhemmen överfördes till kommunernas socialtjänst. Genom denna reform minskade kostnaderna för vad som klassificeras som sjukvård med ca 1,1 procentenheter av BNP. Ädel-reformen innebar att 20 procent av landstingens tidigare kostnader för hälso- och sjukvård fördes över till kommunerna. Vidare omklassificerades omsorg om psykiskt utvecklingsstörda till socialtjänst och utbildning 1995. Totalt beräknas att statistikomläggningar av olika slag har reducerat sjuk-

vårdskostnadernas andel av BNP med nästan 2 procentenheter (Arvidsson & Jönsson, 1997).

Av Tabell 1 framgår hur sjukvårdskostnaderna utvecklats under åren 1990–1996 uppdelade i löpande priser, fasta priser (inflationsjusterade) och andel av BNP.

Tabell 1 Sjukvårdskostnadernas utveckling 1990–1996.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1996*
Löpande priser, mdr SEK	119	125	112	114	118	123	128	145
Fasta priser, mdr SEK	119	118	103	103	102	102	101	114
Andel av BNP, procent	8,6	8,4	7,6	7,6	7,7	7,7	7,6	8,6

Källa: Socialstyrelsen, 1998.

*Inklusive Ädel, som uppskattas motsvara 1 procent av BNP.

Under 1996 uppgick de totala direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården till cirka 128 miljarder kronor, vilket motsvarar 7,6 procent av BNP. Om hänsyn tas till de huvudmannaförändringar som skett under 1990-talet, främst Ädel-reformen, uppgick kostnaden till 145 miljarder kronor i löpande priser 1996. I fasta priser med 1990 som basår motsvarar detta 114 miljarder kronor. Enligt denna beräkning har sjukvårdskostnadernas andel av BNP varit i stort sett oförändrad under 1990-talet. (Socialstyrelsen, 1998)

Således kan konstateras att trots att stora besparingar gjorts inom hälso- och sjukvården under 1990-talet har sjukvårdskostnaderna varit relativt oförändrade fram t.o.m. 1996 (det senaste året med utförda beräkningar). Förklaringen till att kostnaderna inte förändrats i någon större utsträckning är att kostnaderna för öppen vård och läkemedel har ökat samtidigt som slutenvårdskostnaderna minskat.

Läkemedelskostnadens andel av de totala sjukvårdskostnaderna ökade från 8,4 procent 1990 till 15,7 procent 1996. Ökningstakten har varit särskilt hög under de senaste åren. Läkemedelskostnadernas kraftiga ökning under 1990-talet beror inte på prisutvecklingen i första hand, utan främst på att det introducerats ett stort antal nya läkemedel under de senaste åren. (Socialstyrelsen, 1998)

I sjukvårdsdebatten är det ibland en mycket stor fokusering på sjukvårdskostnadernas andel av BNP. Detta varnar flera författare för. Anell & Persson (1998) menar att en ensidig användning av sjukvårdsutgifternas andel av BNP som mått på hälso- och sjukvårdens resurser över tiden och vid jämförelser mellan olika länder kan leda till felaktiga slutsatser. Kompletterande mått på hälso- och sjukvårdens resurser, sjukvårdspersonalens antal och struktur etc. krävs för att bilden ska bli mer heltäckande.

När det gäller jämförelser av sjukvårdskostnader mellan länder gör OECD sedan några år tillbaka beräkningar av hur mycket sjukvård som erhålls för pengarna i respektive land så kallade köpkraftspariteter. Av Tabell 2 Köpkraftspariteter under åren 1990–1995. framgår hur köpkraftspariteter för svensk sjukvård utvecklats under åren 1990–1995. Nedgången mellan 1991 och 1992 avspeglar Ädel-effekten. Under 1994 och 1995 kan en uppgång noteras. Köpkraften var 1995 på ungefär samma nivå som 1991, trots den skatteväxling som skett i samband med huvudmannaförändringar (i första hand Ädel-reformen). I Sverige får vi således mycket vård för pengarna. Förklaringen till detta är att lönenivån inom den svenska sjukvården är låg i ett internationellt perspektiv.

Tabell 2 Köpkraftspariteter under åren 1990–1995.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Köpkraftspariteter, mdr USD	12,5	12,2	11,3	11,3	11,9	12,1

Källa: Arvidsson & Jönsson, 1997.

Anell och Persson (1996) har i en studie visat att antalet läkare och sjuksköterskor mer än fördubblats mellan åren 1970 och 1990 (se Tabell 3). Mellan åren 1990 och 1995 fortsatte denna ökning, med drygt 12 procent för läkare och 7 procent för sjuksköterskor. Antalet övrig vårdpersonal ökade först kraftigt mellan 1970 och 1990 för att sedan minska betydligt mellan åren 1990 och 1995. All sjukvårdspersonal, inklusive de i primärkommunal äldrevård och privat vård, ingår i denna sammanställning. Det totala antalet personal i sjukvården har mer än fördubblats mellan år 1970 och 1990. Mellan åren 1990 och 1995 har sedan en minskning skett med 12 procent, enbart av övrig personal. Minskningen av antalet vårdpersonal innebär dock inte att arbetsinsatsen reducerats i fullt lika stor utsträckning, exempelvis minskade sjukfrånvaron markant under dessa år.

Att den minskade frånvaron kan ha ganska omfattande effekter vad gäller rekryteringsbehov visar resultaten från en utredning som Landstingsförbundet gjort avseende sjuksköterskors närvaro under 1996–1997. Mellan 1996 och 1997 ökade närvaron bland sjuksköterskorna i Älvsborg med 2,3 procentenheter, i Stockholm med 0,8 och i Örebro med 2,7 procent. Detta förklarades framför allt av minskad sjukfrånvaro, men även av mindre tid för studie- och föräldrarledigheter. Rent teoretiskt fick de tre undersökta landstingen 200 extra tjänster, utan att ha behövt rekrytera någon ny personal. En procents ökning av närvaron i hela landstingssektorn skulle, enligt denna studie, motsvara 3000 heltidstjänster (Landstingsvärlden, 35/98).

Tabell 3 Antal läkare, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal.

	1970	1990	1995
Läkare	10 000	24 000	27 000
Sjuksköterskor	35 000	89 000	95 000
Övrig vårdpersonal	103 000	196 000	150 000
Totalt	148 000	309 000	272 000

Källa: Anell & Persson, 1996.

Svensk hälso- och sjukvård har aldrig tidigare haft så mycket resurser i form av kvalificerad vårdpersonal. Landstingen har dubbelt så hög andel högskoleutbildade jämfört med vad som gäller för befolkningen i sin helhet (53 procent i landsingen mot 26 procent för befolkningen) (Landstingsförbundet, 1998). Vid en jämförelse visar det sig också att antalet läkare och sjuksköterskor har ökat betydligt snabbare i Sverige än i övriga Europa och USA under senare årtionden. (Anell & Persson 1996) Sverige har en hög läkartäthet (3 per 1 000 invånare) och en mycket hög sjukskötersketäthet (9 per 1 000 invånare), vilket är 30 procent högre än i Danmark och USA och dubbelt så högt som i Storbritannien. (Arvidsson & Jönsson, 1997)

Övrig personal, som till största delen består av undersköterskor, har dock minskat med 23 procent mellan 1990 och 1995. I Sverige har en omfattande konvertering av tjänster skett under 1980- och 1990-talen - från underskötersketjänster till sjukskötersketjänster. En viss del av den registrerade personalminskningen kan förklaras av att en del av denna personals arbetsuppgifter lagts ut på entreprenad (Arvidsson & Jönsson, 1997).

Arvidsson och Jönsson (1997) ställer sig tveksamma till att det är någon reell brist på sjukvårdspersonal i dagsläget. Brister beror på sätet att prioritera, på professionella normer och på incitamenten att arbeta, snarare än på att antalet anställda är för litet. Författarna går t.o.m. så långt i sin bedömning att de hävdar att det inte heller i framtiden kommer att råda personalbrist i sjukvården, utom på vissa specialister. De menar dock att det inom omsorgen kan bli alltmer problematiskt att finansiera anställning av all den personal som man bedömer behövas.

I en ännu inte publicerad rapport från SCB målas en helt annan bild upp. Här görs bedömningen att personalbristen inom vården är på väg mot katastrof. Om inte intresset för vårdutbildning ökar uppskattas att 185 000 personer kommer att fattas inom vård och omsorg om tio år och närmare 100 000 personer avser undersköterskor och biträden. Samtidigt som efterfrågan ökar minskar hela tiden tillgången på arbetskraft. En av anledningarna anses vara kravet på minst treårig gymna-

sieutbildning. Under 1990-talet har antalet sökande till gymnasieskolans omvårdnadsprogram halverats. (DN, 23 februari 1999)

Det är inte enkelt att få ett samlat grepp om senare års kostnadsutveckling inom hela den svenska hälso- och sjukvården. Det tycks dock vara svårt att finna stöd för den mycket spridda uppfattningen att kraftiga kostnadsnedskärningar ägt rum. Ett mycket stort kunskapskapital finns inom hälso- och sjukvården i form av en stor andel välutbildade personer. Antalet undersköterskor och sjukvårdsbiträden har minskat betydande. Det kan bli problematiskt att utbilda och rekrytera personal samt finansiera de tjänster som behövs för att klara sjukvårdens omvårdnadsuppgifter.

Vad menas med styrformer?

Styrning handlar om att använda olika medel för att påverka en aktörs beteende.

Många medel för att utöva påverkan på aktörer inom sjukvården kan användas. Det finns ett stort antal lagar och förordningar som sjukvårdens aktörer måste rätta sig efter, dvs. dessa styr deras beteende. På senare år har de ekonomiska incitamentens betydelse för att påverka beteendet hos hälso- och sjukvårdens aktörer alltmer framhållits. Genom ekonomisk styrning är syftet att skapa ett intresse och engagemang för ekonomifrågor. Ekonomisk styrning kan därför definieras som ett sätt att få till stånd ett ekonomiskt tänkande. Exempel på ekonomiska styrmedel är olika typer av ersättningssystem. Styrning kan dessutom ske genom avtal, information, ledning och organisation, genom informellt ledarskap och genom den kultur som råder inom en organisation. (Brorström & Johansson, 1992; Carlsson, 1996; Kamper-Jørgensen, 1994).

Vilka problem låg bakom de förändrade styrformerna?

Under senare delen av 1980-talet och under 1990-talet har det närmast varit en trend att reformera inom sjukvården (Borgert, 1992). Flera författare har pekat på att en viktig drivkraft vid förändringar i organisations- och styrformer kan vara ett sätt för organisationen att visa att den är handlingskraftig och modern. Organisationen söker legitimitet från omgivningen. Det är inte endast den verkliga och faktiskt genomförda förändringen som är legitimitetsskapande, utan även resonemang och

beslut om förändringen kan räcka för att organisationen ska få omgivningens gillande. (Brunsson, 1991; Rombach, 1991; Czarniawska-Joerges, 1992)

Vilka problem skulle då reformerna lösa? För monopolistiska integrerade modeller, som den svenska, framförs ofta i litteraturen de s.k. "perversea incitamenten" som ett av de problem som dessa sjukvårdssystem hindras av (se exempelvis Enthoven, 1985 och 1989). Exempel på perversa incitament kan vara när ersättning eller lön inte är relaterat till det som presteras, vilket kan ge incitament att utföra mindre än vad man har kapacitet för. Det kan också gälla en klinik som tilldelas extra resurser då långa köer uppvisas, vilket kan ge incitament att vara restriktiv vid intagning av patienter så att köerna hela tiden kan behållas. Perversa incitament anses innebära en allvarlig risk för ineffektivitet, underbehandling och långa väntetider. Dessutom tycks en monopolistisk integrerad modell ha problem med att ta hänsyn till patienternas åsikter och önskemål (Anell, 1996). *Det övergripande syftet med reformerna har därför varit att uppnå ökad produktivitet och effektivitet i vården och samtidigt behålla styrkan i det gamla systemet, exempelvis möjligheterna att uppnå rättvis tillgång till vård.* Därutöver ville man öka tillgängligheten och hålla tillbaka de ökande sjukvårdskostnaderna.

Det fanns också förväntningar att de nya ekonomiska styrformerna skulle kunna vara en hjälp för att lösa de upplevda skevheterna i sjukvårdsstrukturen, exempelvis ansågs sjukhusvårdens andel vara för stor (Charpentier & Samuelsson, 1999).

De problem som identifierades inom den svenska hälso- och sjukvården var inte unika för vårt land. Situationen var likartad i t.ex. Danmark, Frankrike, Storbritannien och Tyskland. I de västeuropeiska länderna har utvecklingen lett till att den offentliga andelen av samhällets ekonomi blivit för stor och samtidigt ansågs effektiviteten i utnyttjandet av de offentliga resurserna vara för låg. Program för att lösa dessa problem inom hälso- och sjukvården startades. En viktig förebild för det svenska reformarbetet utgjorde de förändringar som regeringen i Storbritannien genomdrev under 1980-talet. Dessa förändringar gick bland annat ut på att åstadkomma konkurrens, ge finansiell självständighet, skapa tydlig koppling mellan resursåtgång och prestationer, införa näringslivets ledningsformer samt betona effektivitet och sparsamhet i resursanvändningen. (Berry m.fl., 1995; Charpentier & Samuelsson, 1999)

I några andra monopolistiska och integrerade sjukvårdssystem, till exempel Storbritannien och Nya Zeeland, gjordes liknande försök som på flera håll i Sverige, exempelvis att separera beställare från utförare. Steg togs i riktning mot interna marknader. Att producenter utsätts för

konkurrens sågs som en viktig förutsättning för att en mer effektiv resursanvändning ska kunna komma till stånd. En fråga som också har diskuterats, men upplevs som kontroversiell, är i vilken mån beställare ska ha regionalt monopol eller om de också ska utsättas för konkurrens. (Hurst, 1991; van de Ven; Schut, Rutten, 1994; Anell, 1996)

Såväl Nya Zeeland, Storbritannien som Sverige har bytt politisk majoritet under de senaste åren, vilket inneburit att inriktningen mot konkurrens har tonats ned. Istället har samverkan blivit ett viktigt ledord i samtliga av dessa länder. (Håkansson, 1998; Malcolm, 1997; Warden, 1997; Hornblow, 1997)

Olika organisationsprinciper i sjukvården

Den svenska sjukvården är – såsom alla andra samhällssystem – uppbyggd och reglerad enligt en blandning mellan olika organisationsprinciper. Den demokratiska och byråkratiska principen för organisation är två exempel. Inom sjukvården kan vi även se en tillämpning av den professionella principen och – på senare tid – marknadsprincipen. Definitionerna nedan bygger på en sammanställning som gjorts av Lind (1993).

Enligt den *demokratiska organisationsprincipen* mobiliseras makt från gräsrotsnivån. Omorganiseringar och förändringar förutsätter majoritetsbeslut. Majoriteten väljer vem som ska representera kollektivet, exempelvis som personalrepresentant i styrelsen. Regler finns för hur man ska kunna förhindra att det sker manipulation från majoritetens sida och för hur man ska skydda minoritetens intressen.

Den *byråkratiska organisationsprincipen* innebär att styrningen sker med hjälp av lagar och regler. I en byråkrati finns väl definierade uppgifter, auktoritetshierarki, specialiserade roller, teknisk utbildning, reglerad befordringsgång, fast anställning och lön samt klar skillnad mellan befattning och befattningshavare. Enligt denna princip tilldelas auktoritet, som även initierar förändringar, uppifrån – från en huvudman.

Den *professionella organisationsprincipen* kännetecknas av att samordning och styrning ligger i händerna på en eller flera specialiserade yrkesgrupper. Styrningen utövas via en hierarki, genom regler och särskilda samordningsinsatser. Det förekommer ofta flera parallella hierarkier, så att läkare, sjuksköterskor, kuratorer och psykologer utgör separata hierarkier. Ett viktigt inslag är legitimeringen, som dels innebär en kontroll av kunskaper, dels en kontroll av yrkesetiska värderingar och normer. Genom yrkesgruppens samlade erfarenheter och genom utbildning vidareutvecklas de yrkesetiska värderingarna och normerna.

Enligt denna princip ligger således makten hos professionella företrädare. Dessa behöver legitimitet från den egna gruppen för att kunna fortsätta att företräda denna.

Under senare tid har den privata marknaden varit förebild för många landstings strävanden till förnyelse. Enligt *marknadsprincipen* är pris-mekanism och konkurrens två viktiga hjälpmedel för att fördela resurser till självständiga konsumenter. Enligt denna princip sker omfördelning av makt genom omfördelning av resurser.

Inom sjukvården har den professionella organisationsprincipen varit dominerande i århundraden. Byråkratisk kontroll infördes för att effektivisera denna. Därtill har den demokratiska organisationsprincipen i form av grupper med demokratisk representation, styrelser med både politiska och fackliga representanter etc. tillagts. Syftet har varit att bryta upp den byråkratiska strukturen men också att försöka förändra den professionella hierarkin. Resultatet har blivit en blandning av organisationsprinciper. *Det råder idag osäkerhet om hur förändringen av organisations- och kontrollprinciper ska göras för att förutsättningarna för valfrihet, kvalitet och kostnadseffektivitet skall kunna skapas* (se vidare Lind, 1993).

Marknad kontra byråkrati

Det finns stora likheter mellan landstingens förändringar av styrformer och organisation. Dessa bygger ofta på idén om marknadsliknande styrning av sjukvårdens innehåll och inriktning. Bland annat ska kunden fritt kunna välja, vilket gör valfrihet till ett centralt begrepp och även demokratiska aspekter berörs.

Man försöker att förändra inriktningen från byråkratisk styrning mer i riktning mot marknadslika styrformer. Idén att införa marknadsinslag i sjukvården framfördes till att börja med från nyliberala politiker. Den ideologiska kopplingen har dock blivit alltmer nedtonad och marknadsidén har accepterats över i stort sett hela det politiska fältet. Olsen (1987) menar att det är fullt förståeligt att – i en situation då den privata sektorn framställs som modern och den offentliga som gammalmodig – hämta idéer från det privata näringslivet. Författaren anser dock att den förebild som offentliga organisationer har inte baseras på verkliga observationer utan har hämtats från läroböcker som säger hur förändringarna borde fungera. Offentlig sektor försöker därför att kopiera något som inte existerar i verkligheten.

Även om marknaden ibland nämns som den nya förebilden så är det inte en fullständig marknadsorganisering som eftersträvas inom hälso- och sjukvården. Intresset riktas mot att pröva företagsliknande styrfor-

mer genom att ta över system, instrument och metoder som används inom den privata sektorn för att förbättra effektivitet, produktivitet och ledarskap (se Forssell 1994).

Vilka för- och nackdelar finns med den byråkratiska respektive marknadsprincipen?

Byråkrati som organisationsmodell bygger på klassiska principer om arbetsdelning och specialisering, formella regelsystem, central kontroll och utpräglat hierarkiska befälssystem. Ett särdrag är den klara skiljelinjen mellan befattning och befattningshavare, vilket innebär att det inte är avgörande vem som utför en viss uppgift eftersom tydliga regler och procedurer garanterar hur den ska genomföras. Därför *anses den byråkratiska organisationsformen lämpa sig för uppgifter som bör hanteras jämligt och rättvist*. Offentliga organisationer har därför ofta givits en utpräglad byråkratisk utformning, inte av en slump utan som en medveten strategi. Under de senaste decennierna har kritiken mot byråkratin varit stor, vilket varit en av de viktigaste drivkrafterna bakom förändringarna inom den offentliga sektorn. Byråkratin anses inte gynna vare sig produktivitet eller effektivitet i organisationen. Som organisationsform anses den därför vara mindre lämplig eller t.o.m. direkt olämplig när den ekonomiska tillväxten är låg eller obefintlig. Fokuseringen på procedurer, regler och rutiner anses leda till en oflexibel och trög organisation. Det ligger dock i sakens natur att byråkratier inte blir så förändringsbenägna eftersom de är uppbyggda för att vara beständiga och fungera som en garant för att vissa värden upprätthålls. (Lundin & Söderholm, 1997)

En första reaktion på kritiken mot byråkratin var försök att göra förändringar i ledningssystemen. Exempel är de förändringar i budgetsyste-
men som genomförts på många håll i landet (rambudgetering och nollbas-budgetering). Många decentraliseringsprojekt i offentlig förvaltning har haft som ambition att tydligare koppla samman byråkratins personal med de resultat som presteras och med ansvaret för dessa prestationer (Borgert, 1992).

Vad menas då med begreppet marknad? En marknad är en plats där köpare och säljare möts för att byta varor eller tjänster. Den viktigaste egenskapen hos en marknad är att bytet mellan säljare och köpare är frivilligt. En transaktion kommer således endast till stånd om båda parter anser sig tjäna på den. Priset blir därför ett mycket viktigt instrument. Först när priset upplevs som "rätt" kommer transaktionen till stånd. Avgörande för om en marknad ska fungera effektivt är att köparen har förmåga att bedöma värdet på varan eller tjänsten. Dessutom förutsätts att köparen har full information om de alternativ som finns och priset på dessa.

Inom hälso- och sjukvården finns flera typer av marknader (se Jönsson 1994; Carlsson, 1996). *Faktormarknaden* är för de resurser som används vid produktion av sjukvård, främst personal och kapital. Personalens löner, som utgör drygt två tredjedelar av sjukvårdens kostnader, fastställs på arbetsmarknaden. Även för kapital (maskiner, lokaler mm) bestäms priset i stor utsträckning på en marknad där företag konkurrerar med varandra. *Interna faktormarknader* tillämpas alltmer inom organisationer och företag. Exempel på detta är då kostnader för utrustning och lokaler fördelas på basenheterna efter utnyttjandegrad.

Producentmarknader uppkommer därför att det sällan är effektivt att inom samma organisation svara för samtliga produktionsled. Av tradition har nästan alla tjänster producerats internt inom sjukvårdsorganisationen. Under senare år har det dock blivit vanligare att landsting upphandlar vissa tjänster på den öppna marknaden, exempelvis av service (städning, tvätt mm) eller administration (data, utbildning mm.). Tjänster som inte tillhör sjukvårdens kärnverksamhet läggs också alltmer ut på entreprenad, exempelvis kafeterior och patienthotell. Användningen av *interna producentmarknader* är mycket vanligt för olika typer av teknisk, administrativ och medicinsk service. På sjukvårdens producentmarknad inom landstinget eller sjukhuset är köparna som regel välinformerade. Dessa har, åtminstone teoretiskt, möjlighet att bedöma tjänstens pris och kvalitet (Carlsson, 1996).

På hälso- och sjukvårdens *konsumentmarknad* är det teoretiskt sett patienten eller medborgaren som är köparen. Patienten har oftast ett stort informationsunderläge gentemot vårdgivaren. Detta medför att det inte ses som lämpligt att etablera konsumentmarknader inom hälso- och sjukvården (Carlsson, 1996).

Det är oftast producentmarknader som avses då man talar om marknader inom hälso- och sjukvården. Dock är det oftast inte en spontan marknad man menar utan snarare *en skapad, byråkratisk marknad*. Den skiljer sig ifrån en fri marknad på några väsentliga punkter. Etablerringsrätten är inte fri, olönsamma enheter slås inte ut och det finns en central enhet som exempelvis bestämmer kapaciteten i systemet. Resursramen är given och enheterna tävlar inom denna ram. (Charpentier & Samuelsson, 1999)

En "fri marknad" brukar dock inte heller innebära att alla offentliga ingrepp har avskaffats, utan den förutsätter tydliga regler, exempelvis vad gäller äganderätt, kontrakt och skadestånd. Under senaste år har vissa typer av offentliga regler tagits bort inom sjukvården och det kan eventuellt motivera att andra åtgärder sätts in. Sjukvårdstjänster har egenskaper som gör att en helt oreglerad marknad för dessa är olämplig, framför allt på grund av att patienten som regel befinner sig i ett uttalat informationsunderläge. Detta medför att det oftast är en läkare

som efterfrågar vård å patientens vägnar, dvs. efterfrågan är utbudsstyrd. (Lyttkens, 1993)

När mer marknadsliknande inslag införs är det viktigt att det inte råder missförstånd om hur aktörerna ska förhålla sig till varandra. Förhandlingar och relationer mellan säljare och köpare bygger inom företagsvärlden i stor utsträckning på långsiktighet och ömsesidigt förtroende. Förhandlingsparterna är dessutom ofta djupt involverade i varandras produktutveckling. Det är denna typ av relation som är eftersträvansvärd att uppnå mellan beställar- och utförarsidan. (Dahlström och Ramström, 1995)

Utvecklingen av styrningen av sjukvården i Sverige under 1990-talet har inriktats på frågor som rör ökad produktivitet och effektivitet i vården. Exempel är införandet av konkurrensutsättning och resultatansvar. Strävan har varit att ge marknadsprincipen mer utrymme på bekostnad av byråkratisk och professionell organisation. *Förhoppningen har varit att genom en kombination av organisationsprinciper upprätthålla en jämlik och rättvis sjukvård och samtidigt nå ökad produktivitet och effektivitet.*

1.3 Beskrivning av ekonomiska styrformer

Decentralisering

Fram till mitten av 1980-talet handlade den ekonomiska styrningen i den svenska sjukvårdsorganisationen till stor del om nedbrytning av kostnadsbudgetar till olika nivåer i landstingsorganisationen. Först bröts kostnadsbudgetar med till sjukvårdsdistriktsnivån och ledarna för distrikten bröt sedan i sin tur ned dessa till kostnadsbudgetar för respektive basenhet. Några inslag som Sahlin-Andersson & Östergren (1993) fann vid genomgång av studier av decentraliseringen och dess bakgrund var att decentralisering är resultatet av en långvarig kritik mot stora och komplexa organisationer. Författarna menar att studie efter studie har påvisat svårigheter att styra, genomföra förändringar och skapa ett nytt tänkande i sådana stora organisationer. Riktning för 1980-talets reformer var således att bryta ner de stora enheterna, att decentralisera och föra ut ansvar och befogenheter. Det lokala ledarskapet och samarbetet skulle stärkas. Målet var att skapa små specialli-

serade enheter som hade klara mål med verksamheten och hade kunskap om vad som utförts. (Sahlin-Andersson & Östergren, 1993)

I en decentraliserad organisation är det viktigt att graden av frihet avvägs mot behovet av kontroll. Detta innebär en mycket svår balansgång. Bland andra har Lawrence & Lorsch (1967) betonat vikten av att delarna utvecklas parallellt med att helheten stärks om en decentralisering ska bli framgångsrik. Organisationen måste enas runt gemensamma mål. Om organisationen inte lyckas hålla ihop delarna finns en uppenbar risk för att enheterna inte kommer att samarbeta, utan var för sig strävar efter att uppnå bästa möjliga resultat. Detta är ett typiskt "kortsiktsproblem", vilket innebär att kortsiktiga vinster sker på bekostnad av samarbete och långsiktigt handlande.

Brorström & Johansson, 1992 diskuterar faran att det kan uppkomma ett "glapp" mellan vardag och vision. En förklaring till att ett sådant "glapp" uppstår är att förändringar är mödosamma att genomföra. Speciellt när förändringarna är genererade från centralt håll kan det vara svårt att uppbåda lokalt engagemang. En annan förklaring är att decentralisering inte enbart handlar om struktur utan i hög grad om förändringar av synsätt. De verksamma i organisationen måste ställa om sitt tankesätt och acceptera de nya relationerna. Författarna menar att decentralisering är lika mycket en attitydfråga som en strukturfråga och att organisationen inte är decentraliserad i och med att beslut fattats om en ny organisationsstruktur.

Rambudgetering och målstyrning

I regel infördes rambudgetering först för distrikten, som sedan på eget initiativ använde sig av samma styrning gentemot basenheterna. Rambudgeteringen innebar oftast att distrikt och basenheter hade ansvar för att budget för nettodriftskostnader (kostnader minus intäkter för exempelvis utomlänspatienter) och för att investeringar inte överskreds. Vid tillämpning av rambudgetering kan en viss styrning av verksamheten efter politiska mål ske, men decentraliseringen och vårdens alltmer komplexa innehåll minskar möjligheterna att påverka och följa upp sjukvården. Erfarenheterna av denna styrform varierar. En vanlig erfarenhet är dock att de förväntade effekterna varit svåra att uppnå främst beroende på att målen inte varit tillräckligt preciserade och dessutom omöjliga att följa upp då nödvändig information saknades. *Försöket med målstyrning bidrog dock till en medvetenhet om hur viktigt ett fungerande informationssystem är.* (Anell & Svarvar, 1996)

Resultatenheter

En heterogen och komplex verksamhet medför ofta svårighet att hålla ihop ett landsting som en organisation. Detta problem är inte så påtagligt om den centrala landstingsledningen är relativt anonym och inte har ambition att i praktisk mening leda hela organisationen hävdar Lundin & Söderholm (1997). Senare års reformer har dock ofta syftat till att stärka ledningen för både den politiska och tjänstemannamässiga delen av landstingen, dvs. göra den mer synlig. I och med det har problemet med verksamhetens heterogenitet framträtt tydligare. Ett sätt att hantera detta är att decentralisera, dvs. att skapa så självständiga enheter som möjligt. Då denna utveckling drivs ytterligare ett steg låter man dessa enheter inte endast ha kostnadsansvar, utan även ansvara för intäktsidan. Man talar då om resultatenheter. Förhoppningen är att dessa ska vara någorlunda homogena och hanterbara.

Det divisionaliserade företaget och dess resultatansvar är ett exempel på en styrform som hämtats från privata företag. Under sextio- och sjuttiotalen divisionaliserade de stora privata företagen och det blev allt vanligare att inrätta resultatansvar lokalt. Under åttiotalet har utvecklingen fortsatt och resultatansvar har kommit att fördelas allt längre ned i företagen. På nittiotalet har utvecklingen ändrat riktning och mer gått mot fusioner och koncentration på kärnverksamheten.

Med resultatansvar avses att en befattningshavare tilldelas ansvar för såväl de kostnader som de intäkter en verksamhet har. Med intäkter menas den ersättning som organisationen erhåller vid försäljning av producerade tjänster eller varor under en period. Ett resultatansvar kan omfatta alla de typer av ansvar som kan ses i Figur 1. Det är stor skillnad mellan typerna. Att ha ett effektansvar innebär att man är ansvarig för de effekter en verksamhet ger upphov till medan ett prestationsansvar innebär att man enbart är ansvarig för att avtalad prestation levereras. I ett resultatansvar brukar inte något ansvar för kapitalanvändningen eller kapitalanskaffningen inkluderas. Omfattar ansvaret även kapitalsidan talar man om räntabilitetsansvar. Viktigast är distinktionen mellan prestations- och effektansvar. (Blomqvist & Hansson, 1993)

Figur 1 Olika former av resultatansvar.

Input =>	resursomvandling =>	Output =>	Outcome
Resursansvar	Aktivitetsansvar	Prestationsansvar	Effektansvar

Paulsson (1993) diskuterar skillnaden mellan naturliga och artificiella resultatenheter. Resonemanget bygger på sjukvårdens möjligheter att uppfylla en rad förutsättningar som enligt Dermer (1977) bör vara uppfyllda för att en organisation framgångsrikt ska kunna använda resultatenheter som styrform.

Dessa förutsättningar är:

- Enhetens verksamhet måste vara oberoende av verksamhet i andra enheter inom organisationen.
- Chefen för enheten måste ges stor frihet när det gäller sammansättning av produktionsfaktorer som ska användas i verksamheten. Det innebär till exempel stor frihet att välja mellan interna och externa leverantörer.
- Såväl insatsfaktorer som prestationer måste vara kvantifierbara, så att enhetens kostnader och intäkter kan identifieras.
- Högsta ledningen måste stödja förändringen helhjärtat och acceptera att chefen för resultatenheten fattar beslut i löpande frågor.
- Organisationen måste ha ett informationssystem som ger olika beslutsfattare relevant underlag för beslutsfattande.
- Eftersom ansvarsfördelningen förändras är det stor risk att det gamla systemet behöver utvecklas eller helt bytas ut.
- Framgången med resultatenheter är dessutom till stor del beroende av om man har chefer till dessa enheter som har kompetens att axla det utökade ansvaret.

Få av dessa förutsättningar är uppfyllda i den svenska sjukvårdsorganisationen. För det första har flertalet enheter omfattande relationer med andra enheter inom sjukvårdsorganisationen. För det andra är det ofta svårt att kvantifiera prestationerna som produceras. För det tredje är informationssystemen i stora delar av sjukvårdsorganisationen inte anpassade till denna styrform. Författaren menar dock att även om vissa av dessa förutsättningar inte är uppfyllda innebär det inte med automatik att det skulle vara omöjligt att etablera resultatenheter. Det är dock viktigt att vara medveten om att det man inom sjukvården då arbetar med är *artificiella resultatenheter*, snarare än naturliga. Följaktligen innebär etablering av resultatenheter i sjukvården att man på administrativ väg måste hantera de problem som uppstår när förutsättningarna för naturliga resultat saknas. (Paulsson, 1993)

Köp/sälj-system

En grundläggande strävan när köp/sälj system introduceras är att skapa en förståelse för att det inte finns några fria nyttigheter i relationerna mellan olika enheter för att på så sätt öka kostnadsmedvetenheten. Att använda internpriser är en välkänd metod för att skapa ekonomisk medvetenhet, även i näringslivet (se Czarniawska-Joerges, 1993). Ett

sätt att strukturera köp-säljmodeller är att dela upp dem i två typer enligt nivå där den ena rör landstingsnivån och den andra distriktsnivån (Paulsson, 1993).

Köp/sälj-modeller på landstingsnivån innebär en etablering av beställare på landstingsnivå. Dessa är ansvariga för att befolkningen inom ett visst geografiskt område får den vård de behöver. Budgetmedel, baserade på beräkningar av befolkningens förväntade vårdbehov, erhålls från landstingsledningen. Uppgiften för beställarna är att köpa primärvård samt öppen och slutna vård på sjukhus från olika vårdgivare. Ersättningen till vårdgivarna består ofta av prestationsbaserad ersättning. Cheferna för sjukhusen och primärvårdsenheterna får samtidigt resultatansvar. (Paulsson, 1993)

Trots en rad variationer vad gäller köp/sälj-modell på landstingsnivån (även kallad beställar/utförar-modell) finns vissa gemensamma drag:

- *Kontraktstyrning*; Man inför tidsbegränsade avtal. Genom att systematiskt relatera verksamhetens resultat till kostnader och kunna göra jämförelser mellan producenter i kostnadspressande syfte.
- *Konkurrens*; på vissa håll finns en uttalad ambition att få in nya aktörer i produktionen av service och även i viss mån för kärnverksamheten. Genom att införa extern konkurrens vill man utnyttja konkurrensens kostnads-sänkande effekter. Genom att föra in alternativa ägar- och driftsformer vill man underlätta en avbyråkratisering och uppmuntra till en ökad kundpassning.
- *Koncentration*; Det betonas att politikerna bör koncentrera sin styrning mot den övergripande verksamhetsinriktningen och att de behöver stärka förmågan att utöva resultatuppföljning och bedriva kundorienterad kvalitetskontroll. (Hansson och Lind, 1993)

De landsting som infört *Köp/sälj-modell på distriktsnivån* har i flertalet fall valt att begränsa dessa till relationen mellan kliniker och serviceenheter. Distriktsledningens totala budget fördelas då till klinikerna som sedan får köpa de varor och tjänster de behöver från serviceenheterna. Serviceenheterna erhåller då ingen budget från distriktsledningen utan de får resultatansvar. (Paulsson, 1993)

Inom alla landsting har någon form av köp/sälj-system prövats och införts, dock i mycket varierande omfattning. Något som kan tyckas motsägelsefullt är att det inte är självklart att de som tillämpar köp-säljmodell på landstingsnivån har en mer utvecklad köp/sälj-modell på distriktsnivån.

En förutsättning för etablering av alla typer av köp/sälj-relationer är att prestationerna kan beskrivas och ges ett ekonomiskt värde. En viktig principfråga är hur ersättningar till producenterna ska utformas och på vilken nivå kostnadsansvaret ska läggas. Att prissätta sjukvårdstjänster har i princip blivit en ny erfarenhet inom svensk sjukvård under 1990-talet. Tidigare har prissättning skett i begränsad utsträckning, till exempel i samband med debitering av vård för utomlänspatienter. Underlaget har då utgjorts av bland annat självkostnadsberäkningar.

Det ska noteras att det inte enbart är i landsting som infört beställar/utförar-styrning som prestationsbaserad ersättning till sjukhus och kliniker används. Exempelvis har Ädel-reformen inneburit att vård av medicinskt färdigbehandlade patienter inom landstinget debiteras primärkommunerna. Runt om i landet har valfrihet för patienterna införts tillsammans med principen att pengarna ska följa patienternas val. Dessa förändringar kan ha bidragit till att många sjukhus och kliniker, även utanför de så kallade modellandstingen, upplever att de under 1990-talet kommit att verka i en ny och marknadsliknande miljö. (Anell & Svarvar, 1996; Brorström & Edlund, 1994)

När det gäller att genomföra en större strukturell förändring, exempelvis minska verksamheten, finns det stora skillnader mellan en marknad och en köp/säljrelation inom sjukvården. På en marknad med ett antal fristående företag sker en utslagning respektive tillkomst av företag alltefter som det bedöms lönsamt. Den automatiken saknas när enheterna tillhör samma offentliga ägare.

Förutsättningar för att styrformer ska kunna få avsedda effekter

För att en styrform ska få avsedd effekt *fordras att aktörerna accepterar den*. Acceptansen används därför i många studier som ett kriterium för styrmedlets förutsättningar för att vara effektivt. Acceptansen kan gälla såväl idén bakom reformen som själva utförandet. Charpentier och Samuelsson (1999) har genomfört återkommande intervjuer av nyckelpersoner i Stockholms läns landsting (bestående av administratörer och olika kategorier av sjukvårdspersonal). Bland annat framgick att acceptansen för Stockholmsmodellens utförande var extremt hög vid starten (1992), men sjönk sedan över tid. Från och med 1994 sjönk acceptansen för utförandet kraftigt. Å ena sidan föreföll således acceptansen för den specifika utformningen av Stockholmsmodellen ha blivit allt lägre över tiden. Aktörerna accepterade inte de förutsättningar under vilken Stockholmsmodellen fungerade. Bland annat ansågs att rabatterna var alltför höga, att besparingarna genomfördes på fel sätt

och att sjukhusen haft ett alltför litet inflytande över köp/sälj-processen. Å andra sidan accepterades modellens grundläggande idé i högre grad över tid. En högre acceptans över tid fanns exempelvis för DRG som grund för ersättning, att sjukhusens finansiering skulle ske med utgångspunkt från ett köp/säljssystem, att avtalen skulle vara bindande och hållas och att interndeberingssystem skulle finnas inom sjukhusen. Författarnas intryck är därför att aktörernas sjunkande acceptans av Stockholmsmodellen under perioden 1994–1997 inte gällde själva modellen utan snarare utformningen och genomförandet av modellen under dessa år. Vidare fann de att Stockholmsmodellen accepterades mer på högre nivåer än på lägre.

På samma sätt uppvisade de intervjuade chefsöverläkarna i en studie av Sahlin-Andersson och Östergrens (1996 respektive 1998) en viss tveksamhet till reformarbetets utformning. Utöver att de ansåg att reformarbetet tog mycket tid menade flera att reformerna inte tar hänsyn till klinikernas specifika förutsättningar. Flera efterfrågade också mer insyn i och kontroll över de spelregler och mätmetoder som ligger bakom jämförelser mellan enheter. Författarna tolkade läkarnas reaktioner som att de eftersträvar en enhetlighet mellan ansvar och befogenhet.

Lindvall (1997) har intervjuat 89 klinikchefer som har resultatansvar. Trots förhållandevis lågt deltagande i utformningen av resultatmodellen, svårighet att få åsikter framförda och i vissa fall begränsad klarhet över centrala begrepp accepterade mer än 75 procent av klinikcheferna ändå den använda styrformen i stor utsträckning. Författaren diskuterar att detta utfall inte var förväntat utifrån tidigare forskning. Vid lågt deltagande i utformningen och litet gehör för framförda åsikter borde förutsättningarna för acceptans för den utvecklade och använda resultatmodellen vara små. Författaren menar att det kan vara så att klinikcheferna ändå är redo att acceptera modellen i så hög grad därför att den ekonomiska styrningen inte tillmäts så central betydelse inom sjukvården och därför inte heller anses ha särskilt stor inverkan på den ordinarie medicinska verksamheten.

Ett annat viktigt kriterium för ett lyckat införande av nya styrformer är *graden av påverkbarhet*. Detta innebär att det inte ska finnas omfattande interna och/eller externa beroendeförhållanden. Exempelvis är det inte meningsfullt att införa ett resultatansvar om aktörerna inte kan påverka sitt eget resultat fullt ut på grund av andra enheters eller omvärldens inverkan. Lindvall (1997) fann att kliniker där de interna beroendeförhållandena var små visade högre acceptans för resultatstyrningen än de kliniker där de interna beroendeförhållandena var uttalade. Författaren fann även att majoriteten av de undersökta klinikcheferna inte tyckte att de i hög grad kunde påverka intäktsidan,

varken vad gällde pris eller volym. Även möjligheterna att påverka kostnaderna, framförallt lönekostnaderna, var begränsade.

Påverkbarheten begränsas också av att de interna köparna av tjänster sällan har något inflytande över prissättningen. Vidare är det vanligt att det inte existerar någon extern alternativ marknad att vända sig till om man i något avseende inte är nöjd med de interna tjänsterna.

En annan faktor som kan försvåra möjligheterna vid implementering av en ny styrform är om de *ekonomiska förutsättningarna ändras över tid*. Stora besparingskrav som införs parallellt med den investering som implementering av nya styrformer medför minskar påverkansmöjligheten i allra högsta grad.

Vid införande av nya styrformer är det också ytterst viktigt att *ta hänsyn till att olika enheter har olika förutsättningar*. Exempelvis är det sällan lämpligt att använda prestationsrelaterade ersättningsformer för alla olika typer av verksamheter. Detta har bland annat visat sig gälla för interndebitering inom sjukhus. För vissa verksamheter har det visat sig vara nödvändigt att återgå till anslagsfinansiering eller till någon form av abonnemangssystem. Detta har gällt främst för sådan medicinsk service där köpet av tjänster är svåra att styra från de köpan- de enheternas sida. Sjukhusens intensivvårdsverksamhet är ett ofta nämnt exempel på detta (Carlsson och Svensson, 1996).

Förberedelser

Hur ska då nya styrformer införas för att nå sina syften? Graden av förberedelse är ytterst viktig. Två olika strategier vad gäller förberedelser brukar kontrasteras. Den ena innebär noggrann förberedelse och planering medan man vid den andra endast har huvudlinjerna klara och sedan gör detaljusteringar under implementeringens gång. Exempel på den första strategin är införandet av Bohus-modellen och på den andra införandet av Stockholms- och Dalamodellerna. (Charpentier & Samuelsson, 1999)

En viktig del i förberedelsearbetet är att försöka identifiera och särskilt informera aktörer som är motståndare till förändringarna. Detta motstånd kan uppstå av flera skäl. En orsak till att motstånd uppstår kan vara att en del aktörer upplever att den egna maktpositionen kan vara hotad. Motståndet kan också ha sin grund i företagskultur och sättet att organisera verksamheten. Exempelvis kan den byråkratiska organisationsprincipen med tydliga, inarbetade och på många sätt effektiva rutiner ligga bakom motståndet till att förändra. *De nya styrformerna som har till syfte att i grunden förändra inriktning mot en ny organisationsprincip förutsätter därför ett ytterst medvetet och gott ledarskap,*

eftersom organisationen då måste utveckla nya rutiner. (Hellqvist, 1996)

Sjukvårdsledningen måste "sälja" idéerna och tankarna bakom förändringarna till sjukvårdens aktörer. Drucker (1990) menar att detta måste ske målmedvetet och under en längre tidsperiod, ofta under flera år.

1.4 Effekter av nya styrformer

Ekonomiska styrformers effekt på vårdens inriktning

En av förhoppningarna på de nya ekonomiska styrformerna har varit att de skulle underlätta styrningen av vårdens inriktning. Vårdens inriktning kan beröra en rad olika områden. Det kan handla om avvägningar mellan förebyggande vård och vård av manifest sjukdom. Det kan också gälla avvägning mellan primärvård och sjukhusvård. Det kan också avse inriktning på sjukhusens verksamhet, som öppenvårdens andel av sjukhusens totala vård, prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper etc. Alla nämnda avvägningar är av strategiskt värde att kunna påverka för den som leder och ansvarar för organisationen.

Frågan är om de ekonomiska styrformerna har haft någon effekt på sjukvårdens inriktning. Det är svårt att finna exempel som tydligt visar detta.

Flera av de landsting som infört beställar/utförar-styrning har haft uttalade målsättningar att göra omfördelningar mellan primärvård och sjukhusvård. Hittills tycks det ha varit svårt att förverkliga denna ambition. Holmström & Calltorp (1994) har studerat öppenvårdsproduktionen i Stockholms läns landsting, före och efter införandet av Stockholmsmodellen. De fann att en ökning av antalet öppenvårdsbesök hade skett, speciellt återbesök vid de större sjukhusens mottagningar. Det finns förmodligen flera förklaringar till detta, exempelvis leder en ökad aktivitet inom slutenvården till att fler patienter är i behov av återbesök. Men det är även möjligt att sjukhusen, av ekonomiska skäl, behållit patienter som primärvården mycket väl skulle kunnat tagit över. I så fall skulle de ekonomiska incitamenten i Stockholmsmodellen kunnat få aktörerna att agera i motsatt riktning mot vad som enligt de uppsatta målsättningarna var önskvärt. Med utgångspunkt från en uppföljande analys av öppenvårdsproduktionen konstaterar Holmström (1996) att det då skett en minskning av antalet öppenvårdsbesök, främst av återbesök vid de större sjukhusen. Även om primärvården förstärkts

har det ändå varit svårt att göra motsvarande neddragningar vid sjukhusens specialistmottagningar.

På flera håll anses att de nya ekonomiska styrformerna lyft fram frågor som handlar om sjukvårdens inriktning. Exempelvis har behovet av tydliga prioriteringar mellan behandlingsmetoder och patientgrupper blivit större. Bland annat har särskilda prioriteringslistor utarbetats på flera håll. En vanlig uppfattning är dock att förändringar av vårdens inriktning och omfattning i huvudsak måste lösas genom centrala beslut på nivån ovanför de ekonomiska styrsystemen och att det inte går att förlita sig på att ekonomiska styrsystem eller verksamhetsuppföljning automatiskt signalerar behov av omfördelningar. Inte heller tycks beställar/utförar-styrning ha tillräcklig styrka för att i någon aktiv mening kunna medverka till att genomdriva förändringar av vårdens inriktning (Brorström & Edlund, 1994; Carlsson & Svensson, 1996).

Brorström & Edlund (1994) konstaterar, med utgångspunkt från intervjuer med 10 ekonomichefer, att beställar/utförarstyrning t.o.m. kan försvåra strukturella förändringar. Eftersom en konflikt uppstår mellan enheternas utveckling och helhetens finansiella problematik uppstår ett totalkostnadsproblem. Samtidigt som ett antal enheter är framgångsrika såväl ekonomiskt som produktionsmässigt så kan organisationen totalt brottas med stora finansiella problem. Eftersom delarna utvecklas positivt och också försvaras av lokala företrädare blir det svårt att göra strukturella ingrepp.

Att ekonomiska incitament kan påverka såväl vårdens inriktning som omfattning visar den landsomfattande satsning som gjordes år 1992 på att minska vårdköerna för ett antal utvalda diagnoser. Under ett enda år försvann större delen av köerna för dessa, som varit extremt långa under lång tid. Det går inte att göra någon avgränsning mellan de effekter som Vårdgarantin medfört och effekter som uppkommit p.g.a landstingens nya ekonomiska styrformer (Socialstyrelsen, 1997).

Likaså kom de ekonomiska incitamenten i Ädel-reformen att leda till en betydande omstrukturering. Inom sjukhusvården kom man att använda en betydligt större andel av sina resurser till att lösa medicinska problem och mindre till omvårdnad av medicinskt färdigbehandlade patienter.

Ersättningsystemets omfördelande effekter tas inte upp särskilt mycket i litteraturen. Med internpriser och resultatansvar ger man kliniker incitament att inrikta produktionen mot sådana prestationer som lönar sig bäst. När en klinik får betalt för de prestationer den utför, respektive får betala för de tjänster den begär hos andra, kommer det också med stor sannolikhet att påverka klinikens produktionsvolym och vårdens sammansättning. Ett exempel på detta är överföring av insatser från sluten till öppen vård. Här har ersättningsystemet troligen haft

betydelse. I några fall har dock de ekonomiska incitamenten inte varit tillräckligt starka för att uppnå en effektiv omfördelning mellan slutet och öppen vård. Om ersättningen för dagkirurgiska insatser upplevts som för låga har man på vissa håll istället känt sig tvungen att skriva in patienten för att få högre ersättning. Effekten av att införa internpriser bör inte underskattas. Initialt är det att vänta att internpriserna i stor utsträckning kommer att bestämmas av den existerande kostnadsstrukturen, där effektivitetskraven inte varit framträdande. Internpriserna kommer snabbt att medföra att olika åtgärder blir olika lönsamma. Med tanke på att informationssystemen inom sjukvården mestadels inte är uppbyggda för att möjliggöra kostnadskalkylering för prestationer är det troligt att mycket av *de priser som nu används är framtagna med bristfälligt underlag*. Det finns därför risk att slumpen inverkar på hur omfördelningen mellan patientgrupper och behandlingsmetoder blir.

Lyttkens (1993) diskuterar problemet med att internpriserna varken avspeglar alternativkostnaden internt inom sjukvården eller externt gentemot resten av samhället. Ett internpris visar inte värdet av andra behandlingar som kunde utföras med de aktuella resurserna och inte heller värdet av bästa alternativa användning av resurserna utanför vården. Författaren menar att det är ett välfärdsteoretiskt problem att ta reda på vad det kan få för konsekvenser att styra vården efter sådana priser som uppenbart inte avspeglar samhällseliga alternativkostnader. *Det är fullt möjligt att styrning med sådana internpriser kan höja produktiviteten men samtidigt sänka den samhällseliga välfärden.*

Det är omöjligt att avgränsa de olika förändringarnas effekter och därför omöjligt att fastställa vad landstingens nya ekonomiska styrformer har haft för påverkan på vårdens inriktning.

Effekter på utvecklingen av prestationer och produktivitet

Det vanligast nämnda motivet för att förändra de ekonomiska styrformerna har varit att de skulle medverka till att öka produktiviteten och effektiviteten i vården. Det finns inga studier som tagit sikte på att belysa hur nya styrformer påverkat effektiviteten i hälso- och sjukvården. Däremot finns studier som försöker knyta förändringar av styrformer till produktivitetens utvecklingen.

Vissa begrepp används ofta synonymt i sjukvårdsdebatten, men är egentligen strikt definierade. För att skapa klarhet så att det i det fortsatta resonemanget är klart vad som avses definieras i korthet begrep-

pen resurser, prestationer, effektivitet och produktivitet hämtade från Eckerlun, Håkansson & Svensson (1994). *Resurser*, dvs. personal, material, lokaler och utrustning etc. används för att utföra vårdprestationer. Dessa *prestationer*, t.ex. undersökningar, behandlingar och omvårdnad, utförs för att åstadkomma resultat, såsom läkning och besvärslindring.

Effektivitet definieras som förhållandet mellan uppnådda effekter (resultat, grad av måluppfyllelse) och resursinsats (uppoffring, kostnad).

Produktivitet definieras som förhållandet mellan utförd prestation och resursinsats (om prestationen inte förändrats mellan mättillfällena, varken vad gäller metod eller kvalitet). Produktiviteten kan ge en indikation på effektiviteten, förutsatt att det finns ett klart och entydigt samband mellan målet för verksamheten och de prestationer man väljer att mäta. Detta är inte fallet för prestationsmått som läkarbesök, vårdtillfällen och vård dagar, ett minskat antal läkarbesök per läkartimme (minskad produktivitet) kan innebära oförändrad eller t.o.m. bättre måluppfyllelse (ökad effektivitet). Detta exempel visar att det kan finnas en motsättning mellan produktivitet och effektivitet.

Under 1992 infördes kraftiga incitament att öka prestationerna genom vårdgarantin, kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade äldre patienter, och på sina håll prestationsersättning mm. I syfte att studera nya styrformers effekt på produktiviteten har Jonsson (1994) jämfört vart och ett av fem landsting som infört beställar/utförarstyrning (Stockholm, Dalarna, Örebro, Gävleborg och Bohuslän) med en kontrollgrupp bestående av 14 landsting som inte infört beställar/utförarstyrning eller prestationsersättning.

Det antagande som gjordes var att produktivitetsutvecklingen i modell-landstingen skulle motsvara genomsnittet för kontrollgruppen om beställar/utförarstyrning inte hade införts. Åren 1986-1990 valdes som bas och 1991-1993 som mätperiod. Materialet som samlades in omfattade prestationer och kostnader för både slutet och öppet vård. Källorna vid datainsamlingen var LKELP samt data från sjukhus med driftbokslut. Produktiviteten inom den somatiska korttidsvården ökade med 5 procent mellan 1990 och 1992 i kontrollgruppen. I Stockholms läns landsting uppgick ökningen till 18,5 procent (Tabell 4). I förhållande till kontrollgruppen har således den somatiska korttidsvårdens produktivitet stigit med 13,5 procent i Stockholms läns landsting. Författaren menar att den relativa ökningen beror till 25 procent på att vårdplatser och kostnader reducerats särskilt mycket och till 75 procent på den påtagliga höjningen av prestationsnivån som ägt rum i Stockholms läns landsting. I tabell 4 redovisas vidare att kostnaderna för läns- och regionsjukvård minskat för fyra av de fem studerade

landstingen som infört beställar/utförarstyrning. Produktivitetens utvecklingen var högst i Stockholm i förhållande till genomsnittet i kontrollgruppen och de övriga landstingen.

Tabell 4 Procentuell förändring av läns- och regionsjukvårdens kostnader och prestationer mellan 1990 och 1993.

	Kontrollgruppen	Stockholm ^a	Dalarna	Örebro	Gävleborg	Bohuslän
Kostnader						
Läns- och regionsjv	-4,9	-9,3	-11,7	4,7	-14,4	-9,3
Som.	-3,4	-9,2	-11,4	7,0	-12,9	-8,9
Korttidsv. ^b						
Prestationer	-1,1	10,4	-0,8	7,7	2,1	7,2
somatisk korttidsv.						
Produktivitet som korttidsv.						
Exkl central förvaltning	2,4	18,5	10,8	0,5	14,7	14,8
inkl central förvaltning	4,1	-	10,0	1,2	14,7	15,0

Källa: Svensson och Nordling, 1996.

^{a)} Siffrorna för Stockholm avser perioden 1990-1992.

^{b)} Egen konsumtion plus ersättning från andra producenter minus ersättning till andra producenter och privat vårdgivare.

Gerdtham och Rehnberg (1997) har i en studie analyserat kostnader och produktivitet för samtliga 26 landsting. Slutsatsen är att landsting som genomfört förändringar i styrformer med beställar/utförarstyrning och prestationsersättning uppvisade betydligt högre produktivitet. De menar att skiftet från budgetstyrning till prestationsbaserad resursfördelning i genomsnitt kan minska kostnaderna med 13 procent.

Sjukvårdens kostnader har varit relativt oförändrade under 1990-talet, som tidigare diskuterats. Ändå har sjukvårdsproduktionen ökat i stora delar av sjukvården och på en del håll mycket kraftigt. Detta skulle kunna tolkas som ett betydande trendbrott om man jämför med tidigare produktivitetsstudier. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) har presenterat beräkningar som visade en fallande produktivitet i sjukvården under 1970- och 1980-talen (Ds Fi 1985:3 och 1994:22). Då ökade kostnaderna snabbare än prestationerna. Detta förhållande ansågs gälla även efter det att försök att ta hänsyn till förändringar av prestationerna hade gjorts. På 1990-talet har en ökning av

antalet prestationer kunnat iakttas medan kostnaderna i stort varit konstanta. En årlig produktivitetsminskning med tre procent visades under åren 1960 och 1980.

Charpentier och Samuelsson (1999) har följt utvecklingen i Stockholms läns landsting under åren 1992-1996. Produktionsvolymen har mätts dels som antal slutenvårdstillfällen plus antal öppenvårdsbesök 1992-96 (en uppskattning har gjorts att 20 öppenvårdsbesök motsvarar ett slutenvårdstillfälle), dels som summa DRG- och öppenvårdspoäng (KÖKS/KÖMS) för perioden 1994-96.

Författarna konstaterar att beräkningar med det första måttet som grund visade på att prestationsvolymen i slutet av 1996 var totalt 1 procent lägre än motsvarande volym i slutet av 1991. Prestationsvolymen steg under perioden 1992-94 för att sedan sjunka under perioden 1995-96 (Tabell 5).

Tabell 5 Prestationsvolymens årliga förändring inom akutsjukhusen i SLL i procent.

År	Procent
1992	+7
1993	0
1994	+3
1995	-7 (-4)
1996	-4 (-2)

Källa: Charpentier och Samuelsson, 1999.

Produktiviteten mäts i denna studie som summa vårdtillfällen dividerat med de totala kostnaderna alternativt som summa DRG-poäng dividerat med de totala kostnaderna. De årliga förändringarna i produktiviteten som författarna kom fram till framgår av Tabell 6. Av tabellen kan utläsas att med det senare måttet sjönk produktiviteten mindre under perioden 1995-96 än enligt det förstnämnda måttet. Prestationerna har inte korrigerats för eventuella förändringar men kostnaderna för respektive år har inflationjusterats.

Tabell 6 Årlig förändring av produktiviteten hos SLL:s akutsjukhus 1992-1996 i procent.

År	Procent
1992	+8
1993	+11
1994	-8
1995	-3 (-4)
1996	-8 (-1)

Källa: Charpentier och Samuelsson, 1999.

Författarna menar att produktiviteten under hela perioden 1991-96 inte förändrades då de använde det förstnämnda måttet. Produktiviteten var då densamma under 1996 som under 1991. Under perioden 1992-93 inträffade en mycket uttalad ökning för att därefter falla tillbaka under perioden 1994-96. (Charpentier & Samuelsson, 1999).

Ett problem som samtliga författare valt att gå förbi vid analyserna av produktivitetsutvecklingen är *huruvida prestationerna är jämförbara mellan de olika mätillfällena*. Speciellt komplicerat är att just de år då flera av de omfattande modellerna infördes i landstingen sammanfaller med införandet av flera landsomfattande förändringar samt införande av ny medicinsk teknologi i stor skala. För att en produktivitetjämförelse mellan 1991 och 1992-1993 ska vara rättvisande bör en justering för dessa stora förändringar göras.

Införandet av ny medicinsk teknologi, som exempelvis införandet av titthålskirurgi, har inneburit att en likvärdig eller t.o.m. bättre prestation kan utföras på ett mer skonsamt sätt och till mindre resursinsats. Detta är en produktivitetsökning, förmodligen även en effektivisering. Dock har antalet galloperationer ökat med 25 procent sedan titthålskirurgi införts för denna diagnos.

Detta måste särskiljas från andra förändringar av prestationerna som skett under de senaste åren. Det förändrade huvudmannskapet för medicinskt färdigbehandlade patienter (Ädel-reformen) medförde att slutenvårdens prestationer ändrade innehåll. Vid en analys av patientmaterial vid samtliga kirurgiska och urologiska kliniker i Stockholms läns landsting framgick att Ädel-reformen hade fått betydande effekter för dessa kliniktyper. Resultatet visade att den största delen av dessa klinikers betydande förkortning av medelvårdstiderna 1992 gick att hänföra till det kraftigt reducerade antalet patienter med extremt lång vårdtid. (Svensson och Garelius, 1994)

Produktiviteten har ökat, inte bara för de landsting som infört nya ekonomiska styrsystem utan genomgående. I flera studier kommer för-

fattarna fram till att produktiviteten ökat i betydligt högre grad i landsting som infört beställar/utförar-styrning.

Frågan är dock hur mycket av den uppmätta produktivitetsökningen som är reell. Den första frågan som måste besvaras är om prestationerna kan antas vara desamma mellan mättillfällena. Ädel-reformen hade betydande effekter för stora delar av vården genom att en del av omvårdnaden överflyttades till kommunerna. Om denna förändring hade fått samma effekt för hela landet skulle det vara möjligt att justera ner värdet av prestationer. Det finns dock mycket som talar för att problemet med färdigbehandlade patienter inom korttidsvården varit ojämnt fördelat.

Den andra frågan gäller vilka *mätobservationer* som används vid jämförelsen. Är förutsättningarna lika vid dessa observationer? Om före-efter studier används finns det problem med datakvalitet. Datakvaliteten har förbättrats något över tid, vilket leder till att man kan förvänta sig en överskattning av ökning av prestationsvolymen. Om jämförelser görs mellan studie- och kontrollgrupper så är det dessutom av stor vikt att dessa är jämförbara. Med tanke på de olika förutsättningar som råder i olika landsting bör kontrollgrupper vara tydligt matchade om det ska gå att dra så långtgående slutsatser som gjorts i Jonssons samt Gerdtham och Rehnbergs studier.

Sjukhus och kliniker som får prestationsrelaterad ersättning ges ökade incitament att vara *noggranna vid registreringen av patienter*, vilket också kan förväntas ge en viss överskattning av ökningen av antalet prestationer. Dessutom kan prestationsersättning medföra att praxisändringar vid registrering av patienter sker. Incitament finns att synliggöra allt som utförs vid sjukhus och kliniker. Exempel på detta är patienter som varit inlagda över natten på intagningsavdelningar, akutmottagningar eller intensivvårdsavdelningar och som sedan skrivs ut. Tidigare klassades dessa som öppenvårdsfall men numera som slutenvård. Det rör sig då alltså inte om en reell prestationsökning utan om en ändring av praxis vid inskrivning.

En annan faktor som är svår att överblicka och som kan påverka produktivitetmätningar i olika riktningar gäller hur överflyttningen mellan öppen och slutenvård utvecklats. En ökad användning av dagkirurgi kan då ge en synbar produktivitetssnedgång, även om det faktiskt är en ökning av effektiviteten.

Även om reformer och orsaken till att de genomförs är liknande i olika länder visar en närmare studie att det finns stora skillnader, som inte alltid uppmärksammats i litteraturen. (Ham & Brommels, 1994).

Tempot och omfattningen av reformerna i länder med synbart identiska ambitioner är tydligt påverkade av den politiska processen i varje enskilt land. Dynamiken i de olika reformerna har inte diskuterats i

någon större utsträckning. Eftersom det finns betydande skillnader mellan de olika landstingen är denna dynamik i de olika reformerna även intressanta att jämföra och analysera inom vårt land. På kort sikt verkar ju reformerna delvis ha varit framgångsrika i Sverige, men författarna menar att det funnits parallella reformer och konkurrerande förklaringar, exempelvis Ädel-reformen, nya medicinska teknologier och överflyttning till öppenvårdsverksamhet. Författarna slår fast att det är svårt att isolera effekter av introduceringen av köp/sälj relationer. Dessutom kan förändringen i sig och den osäkerhet den skapar få till följd att såväl beställare som utförare strävar efter att uppnå bättre resultat. Det är en klassisk erfarenhet inom organisationsteori att positiva initiala effekter kan förväntas oavsett vilken förändring som genomförs därför att en förändring i sig uppfattas som något positivt för organisationen (Hawthorne-effekten). Så småningom finns risk för att allt återgår till ett tillstånd som liknar utgångsläget om förändringen inte visar sig ge det utbyte som de olika aktörerna i organisationen förväntat sig. (Ham & Brommels, 1994; Maynard, 1994)

Det är ytterst svårt att mäta produktivitet i sjukvården på ett rättvisande sätt. Speciellt svårt är det att studera produktivitetsförändringar kring 1992 eftersom flera parallella strukturella förändringar infördes utöver introduktion av nya styrformer. Flera studier visar att antalet prestationer i landstingens hälso- och sjukvård ökade kraftigt 1992 och 1993 och även att produktiviteten ökade. De största ökningarna har uppvisats i landsting som infört beställar/utförarstyrning.

Effekter på kostnadsmedvetenhet och kostnadskontroll

Flera attitydundersökningar har visat att den mest påtagliga effekten av nya ekonomiska styrformer är att *kostnads-, intäkts- och kvalitetsmedvetenheten har ökat inom sjukvården*. Ett tydligt budget- och chefsansvar långt ut i klinikorganisationen samt utbildning i ekonomifrågor anses ha bidragit till att skapa förutsättningar för läkare och sjuksköterskor att delta i budgetstyrning och ekonomiuppföljning. Det har bland annat gett vårdpersonalen ökad förståelse för behovet av personalreduktioner och restriktivare hållning till att anställa vikarier. I viss mån har också interndebitering lett till ökad uppmärksamhet på ekonomiska frågor bland såväl läkare som övrig personal. (Carlsson och Svensson, 1996; Edlund, 1994; Lindvall, 1995; Svensson och Nordling, 1996)

Den mest positiva effekten av Stockholmsmodellen som Charpentier och Samuelsson (1999) fann i sina intervjuundersökningar var en *förbättrad kunskap om vårdens prestationer*. Vidare hade aktörerna fått en högre ekonomisk kompetens. De kunde till exempel i slutet av undersökningsperioden vanligtvis göra goda uppföljningar och utvärderingar av produktion och ekonomiskt resultat.

I en intervjustudie av tio economichefer, från sjukhus som infört någon modell respektive från sjukhus med anslagsstyrning (Brorström & Edlund, 1994), framkom ett likartat synsätt och förhållningssätt till ekonomi oberoende av styrmodell. En förklaring till detta skulle kunna vara att alla agerar under en likartad konkurrensmodell som uppstått i och med patienternas fria val. Klarar man inte att konkurrera om patienterna, gentemot andra utförare, innebär det försämringar för landstinget och sjukhuset. Intäkterna har således betydelse för verksamheten idag alldeles oberoende av hur resursfördelningen ser ut. Alternativa förklaringar kan vara att strukturella förändringar av organisations- och styrmodeller har begränsade effekter på beteendet. Istället kan det vara helt andra förhållanden som styr. Vidare kan förklaringen vara att uppnådda eller förväntade konsekvenser smittar. Economicheferna inom de enheter som inte själva utvecklat och etablerat någon ny modell uppfattar att förändrade förhållanden råder. Förklaringen är att medarbetarna inom organisationen förändrat sitt beteende som om en ny styrmodell redan gäller. Skillnaderna var små mellan de två grupperna, men författarna påpekar att de finns och att detta talar för att de nya styrmodellerna innebär förändringar. I landsting med nya styrmodeller har man kommit längre i synen på ekonomi.

En ökad kostnadsmedvetenhet är en mycket positiv effekt av de nya styrformerna i vården. Ett problem som ofta lyfts fram är hur de ekonomiska incitamenten ska utformas så att de leder till ett kostnads-effektivt beteende även på lång sikt. Det finns en uppenbar risk att aktörerna i vården kommer att försöka öka sina egna intäkter så mycket som möjligt på kort sikt, utan att ta hänsyn till om detta gynnar helheten eller ej. Risker för suboptimering är speciellt uttalad i starkt decentraliserade organisationer. Att reviren har blivit mer uttalade då ansvar och befogenheter decentraliserades var en uppfattning som framfördes i en intervjustudie som Borgqvist och Krakau (1996) genomfört. Med syfte att beskriva de nya ekonomiska styrformernas påverkan intervjuades sjukvårdspersonal inom åtta primärvårdsområden. De ekonomiska styrmodellerna har medfört att sjukhusen i vissa fall behåller patienterna i stället för att låta primärvården ta hand om dem. Detta skulle innebära att patienterna inte vårdas på lägsta effektiva nivå. Vidare ansågs att följderna av prestatationsersättningen inom den slutna vården har gett såväl positiva (medicinsk praxis har ändrats på ett adekvat sätt) som

negativa följder (man underlåter att göra vissa saker). Detta överensstämmer med resultat från en studie (Forsberg, 1998) där attityd- och beteendeförändringar såväl hos läkare från Stockholms läns landsting som hos läkare från 12 jämförelselandsting kunde konstateras. Förändringen visade sig vara starkare i Stockholm, främst vad gäller kostnadsmedvetande.

Lindvall (1996) hävdar att det inte är ovanligt att investeringar och utbildningsinsatser får stå tillbaka eftersom incitamentet att uppnå det kortsiktiga ekonomiska målet är mycket starkare. Motivet till detta agerande är att dessa investeringar ger ekonomiska nackdelar idag medan fördelarna kommer först senare. Vidare fann Lindvall (1997) att det finns exempel på kliniker som inte längre tar emot personal under utbildning eftersom de inte anser sig ha ekonomiska fördelar av detta.

Hur har då de nya styrformerna påverkat möjligheten att bibehålla *kostnadskontroll*? För landet i sin helhet har sjukvården en fungerande kostnadskontroll, inte minst genom budgetsystemet och dess utformning. Vid övergång till andra sätt att fördela medel kan kostnadskontrollen dock bli svårare att upprätthålla. Vid införande av beställar/utförar-styrning får beställaren en budget med vilken vården ska upphandlas. Budgetsystemet är alltså fortfarande i funktion ner till beställarnivån. Det är först därefter som nya former för fördelning av resurser tillämpas. Beställarna befinner sig då i en situation där inte bara konsekvenserna av det egna handlandet ska rymmas inom budgetramen, utan även producentens. Här uppkommer komplicerade frågor om vem som ska ta ansvaret om budgeten överträds.

Bedömningen av vårdbehov ligger helt i producentens händer genom att vårdbehov föreligger då en läkare (i vissa fall annan vårdpersonalkategori) konstaterat att det föreligger. Beställarna har därmed mycket små möjligheter att styra prestationsvolymerna.

En komplicerande faktor är att parallellt med att beställar/utförar-styrning infördes på många håll i landet, så infördes "valfrihet i vården". Patienten gavs möjlighet att välja vårdgivare och pengarna skulle följa patienten. Problem kan då uppstå om patienten uppsöker en vårdgivare som beställarna inte har avtal med. I en sådan situation har inte beställarna någon möjlighet att styra utan får en roll som passiv betalare av tjänster. Detta belyser den konflikt som finns mellan avtalsstyrning och avsikten att ge patienten fri valmöjlighet. (Rehnberg, 1994)

Funktionella informationssystem som möjliggör prestations- och kostnadsuppföljning är en viktig förutsättning för de nya ekonomiska styrformerna ska kunna få önskade effekter. Det är även ett nödvändigt instrument för kostnadskontroll.

Något som i hög grad kan få inverkan på kostnadskontrollen framgent är *sjukvårdspersonalens löneutveckling*. Detta hör inte direkt ihop

med de nya styrformerna, men indirekt utgör uppfyllda produktivitet- och besparingsmål argument för lönehöjningar. Lönerna inom den svenska sjukvården är tämligen låga vid en internationell jämförelse. Så länge lönerna kan bibehållas på denna låga nivå kan totalkostnadsproblemet kanske bemästras. Risken är dock att personalen överger den offentliga sjukvården och vänder sig till den alltmer växande arbetsmarknaden som finns i Sverige i form av leasingbolag och privatsjukvård eller söker sig ut på den internationella arbetsmarknaden. Höjs lönerna kommer det ganska snart att leda till en kostnadskris för sjukvården. Det alternativ som bjuds kan bli en uttalad personalbrist.

De nya ekonomiska styrsystemen har lett till en ökad ekonomisk kunskap och kostnadsmedvetenhet bland hälso- och sjukvårdens personal. För att klara kostnadskontroll i sjukvårdssystemet finns det vissa delar av de nya styrformerna som kan ställa till problem. *Det finns en konflikt mellan beställar/utförar-styrning i kombination med patientens möjlighet att fritt välja vårdgivare.* För att kunna upprätthålla kostnadskontroll är det av yttersta vikt att informationssystemen är funktionella och att registrering av data sker utan eftersläpning så att det är möjligt att hela tiden följa den ekonomiska utvecklingen.

Effekter på kvaliteten

Incitament till att öka produktivitet, oavsett om produktiviteten ska ökas genom ökad prestationsvolym eller genom att minska kostnaderna, kan påverka vårdkvaliteten negativt. Det är nämligen viktigt att ha kontroll över att effektiviteten inte förloras. I en rad attitydundersökningar har personalen uttryckt oro över att de nya styrformerna kan leda till en försämrad vårdkvalitet. Som en följd har kvalitetsregistrering börjat införas. (Edlund, 1994; Brorström & Edlund, 1994; Forsberg & Calltorp, 1994; Svensson & Garelius, 1994)

I landsting som infört beställar/utförar-styrning görs försök att infoga kvalitetsinformation i avtalen. En studie av erfarenheter av beställarstyrning visade att vissa kvalitetsmått och mått på service och tillgänglighet i allt högre grad tas in i avtalen. Hur denna information utvärderas och används av beställarna är dock oklart. (Bergman & Dahlbäck, 1995)

Garpenby (1996) har gjort en sammanställning av de olika landstingens dokument som innehåller målsättning och/eller riktlinjer för kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Han fann inga tydliga

samband mellan huvudmännens organisationsform, ekonomiska styr-system eller de arbetsformer som tillämpas vid olika vårdenheter för att kontrollera och förbättra sjukvårdens kvalitet. Landsting som genomfört en uppdelning av beställare och utförare hade likartade problem som övriga. Projektbidrag för att påverka kvalitetsarbetet var vanligare hos landsting utan beställar/utförar-styrning. Landsting med beställar-utförar-styrning var försiktigare med att använda särskilt destinerade ekonomiska medel vid sidan av de i kontrakt specificerade ersättningarna. Den motivering som angavs för detta var att medel för kvalitetsarbetet är inkluderade i de ersättningar som producenterna får. Författaren frågar sig om önskemål eller krav från en beställare som inte åtföljs av incitament att stimulera aktiviteter till och med kan få negativa konsekvenser för kvalitetsarbetet lokalt. Det finns en risk att alla ansträngningar inriktas mot att uppfylla de krav på redovisning som formulerats av landstinget som beställare medan intresset för lokalt initierade aktiviteter minskar.

En metod som använts för att dra slutsatser om hur ekonomiska styrformer påverkat kvalitetsutvecklingen är att studera antalet anmälningar till förtroende- och ansvarsnämnder. Ett av problemen är att det är svårt att fastställa huruvida ökningen av antalet anmälningar är en faktisk kvalitetsminskning eller beror på en ökad benägenhet hos patienterna att anmäla. Dessutom tas ingen hänsyn till den bakomliggande utvecklingen av vårdformer, dvs. besök och intagningar.

Med hjälp av data från patientförsäkringsregistret och från Landstingsförbundets attitydundersökning av svenska folkets erfarenheter av och inställning till sjukvården har vårdkvaliteten inom Stockholmsmodellen belysts. (Bäck & Gröjer, 1994). Jämförelser gjordes med en kontrollgrupp bestående av 14 landsting utan beställar/utförar-organisation. Anmälda och ersatta skador inom patientförsäkringssystemet ökade mer i Stockholms län än i kontrollgruppen. Invånarna i Stockholms läns landsting hade mindre förtroende för sjukvårdens kvalitet i olika avseenden jämfört med kontrollgruppen. Författarna anger två förklaringar. Antingen är patienter mer benägna att anmäla skador i Stockholms län än i kontrollgruppen eller bedömer invånarna att sjukvårdens kvalitet är sämre än i kontrollgruppen. Författarna anser att den rimliga slutsatsen är att sjukvårdens kvalitet har minskat eller i bästa fall är oförändrad sedan ett nytt styr- och resursfördelningssystem införts.

Charpentier & Samuelsson (1999) har studerat antalet anmälningar till förtroendenämnden 1992-1996. För 1992 hade antalet anmälningar till förtroendenämnden ökat. Framförallt hade anmälningar rörande tyngre vårdfall ökat, medan anmälningar om dåligt bemötande och bristande omvårdnad minskat. Utvecklingen av antalet s.k. LEX

MARIA-anmälningar (allvarliga skador, tillbud i vården) till Socialstyrelsen har sammanställts i Tabell 7.

Tabell 7 Antal LEX MARIA-anmälningar i Sverige åren 1992-1997.

År	LEX MARIA-anmälningar	varav SLL
1992	800	162
1993	1 300	228
1994	1 586	250
1995	1 459	247
1996	1 424	283
1997	1 172	209

Källa: Charpentier & Samuelsson, 1999.

Författarna menar att ökningen av antalet LEX-MARIA anmälningar under den undersökta perioden kan indikera en viss försämring av vårdkvaliteten. Denna ökning kan dock även bero på en större benägenhet att göra anmälningar. (Charpentier & Samuelsson, 1999)

Det kan finnas en stor risk med att använda dessa register för att bedöma kvalitet. Avsikten med dem är att skydda patienter och ytterst att stimulera till att förbättra vården, dvs. förebygga. Det finns stora problem med att använda data som är insamlade för ett syfte till att svara på en annan frågeställning. Det är därför inte möjligt att utnyttja dessa data för bedömning av vårdens kvalitet.

Det finns studier som tyder på att nya styrformer, exempelvis konkurrens och prestationsersättning även kan gynna kvalitetsarbetet. Större uppmärksamhet på vårdresultat och ökat intresse för att mäta tillfredsställelse med vården kan också ses. Även en mer serviceinriktad attityd och intresse av att öka tillgängligheten är effekter som tillskrivs de nya styrsystemen (Dahlström & Ramström, 1995; Edlund, 1994; Forsberg & Calltorp, 1994; Carlsson & Svensson, 1996). Styrformer som bygger på konkurrens är ofta på lång sikt kvalitetsfrämjande. Då intäkter erhålls i konkurrens med andra utförare blir kvaliteten en viktig konkurrensfaktor. (Brorström & Edlund, 1994)

Det finns en viss skillnad mellan politiker, administratörer och läkare i bedömningen av vad som är relevant information om kvalitet. Politiker tycks i högre grad än till exempel läkare förlita sig på enkäter till patienter och befolkning med frågor om tillfredsställelse med sjukvården. En intervjustudie i Stockholm läns landsting visade att hälften av de administratörer och vårdpersonal som intervjuades menade att kvaliteten hade höjts som en följd av de nya styrformerna. (Charpentier & Samuelsson, 1999).

Kvaliteten i sjukvården bygger främst på personalens ansvarstagande inom ramen för interaktionen med patienten och arbetskolle-

ger. Att personalens kompetens hela tiden upprätthålls och förstärks är en mycket viktig del av vårdkvaliteten. Om produktionstempot blir alltför högt riskerar verksamhet som är viktig för patientsäkerheten – bl.a. instruktioner i samband med ny medicinering eller teknik, samträning av arbetslaget – att inte hinnas med, liksom utbildning och omvårdnad. (von Otter, 1996)

Det man hittills kan konstatera är att det inte finns några studier som visar om kvaliteten blivit bättre eller sämre på grund av de nya styrformerna. Klart är att de nya ekonomiska styrformerna har lett till ett ökat intresse för att mäta och förbättra kvaliteten.

Effekter på vård på lika villkor

Ett av de centrala målen i svensk sjukvård är att befolkningen ska erbjudas en god vård på lika villkor. Begreppet *vård på lika villkor* kan avse graden av rättvisa i utbudet, tillgängligheten, utförande och vårdens resultat (Carlsson, 1996). För att uppnå rättvisa bör vårdens fördelas proportionellt till behovet, dvs. alla i befolkningen ska behandlas lika vid ett givet behov (s.k. horisontell rättvisa). Vidare ska olika behov behandlas olika, den som har behov av mer vård ska också få mer (s.k. vertikal rättvisa) (Gerdtam, 1994).

Enligt en enkätstudie av Björk och Rosén (1994), där 481 politiker, administratörer och läkare tillfrågats, instämde endast 51 procent i påståendet "att hälso- och sjukvårdslagens målsättning vad gäller vård på lika villkor uppfylldes". Minst benägna att instämma var läkarna (49 procent).

I vilken mån stödjer nya ekonomiska styrformer möjligheterna att leva upp till målsättning om vård på lika villkor?

Utjämning av skillnader i skattekraft mellan de olika landstingen sker via inkomstutjämningsystemet. Detta fördelas enligt en modell som försöker ta hänsyn till skillnader i vårdbehov. Befolknings- och behovsrelaterade budgetar, som tillämpas i flertalet landsting, tjänar samma syfte. Behovsrelaterad resursfördelning kan vara en viktig, men inte tillräcklig åtgärd för att uppnå rättvisa i utbudet. Det bör även poängteras att behovsrelaterade budgetar inte är något enhetligt begrepp utan kan betyda väldigt olika saker beroende på vilka variabler som innefattats i det behovsrelaterade index som ligger till grund för fördelningen.

Ett av syftena med beställar/utförarstyrning är att beställarna ska ha en tydlig roll som befolkningens företrädare och se till att befolk-

ningens behov av vård kan tillgodoses så rättvist som möjligt. Det finns ett stort intresse för att öka kunskaperna inom detta område och för att finna bra metoder som kan underlätta genomförandet. ("Beställarnätverket för landstingen i Sverige", se Calltorp m fl 1998).

Jonsson (1998) anser att det finns anledning att ifrågasätta om de behovsindex, som de behovsrelaterade budgetarna grundar sig på, konstruerats på ett rättvisande sätt. Han pekar bl.a. på risken att åldersfaktorn kan vara överskattad som behovskriterium. Eftersom ålder är den enskilda bakgrundsvariabel som får störst genomslag i behovsindex skulle detta kunna medföra att vissa områden blir överkompenserade och andra underkompenserade.

Ökad frihet att välja läkare och sjukhus kan öka risken för försämrade rättvisa. Exempelvis kan välutbildade personer gynnas eftersom de har större förmåga att utnyttja sina rättigheter och därmed skulle de kunna få bättre och snabbare behandlingar än resten av befolkningen. (Jonsson, 1993).

Landstingen tillämpar olika former av styrning i syfte att leda patientströmmarna i önskad riktning. Om patienterna fritt får välja vårdnivå kan detta innebära att vården inte utförs på lägsta effektiva nivå. Köp/sälj-system med användning av prestationsrelaterad ersättning inom sjukhusvården kommer inte heller att ge vårdpersonalen incitament att sträva efter att försöka föra patienterna till lägre vårdnivå även om detta skulle vara möjligt. Istället skapas incitament att dra till sig så mycket patienter som möjligt och även svara för återbesök så länge kapacitet finns.

Ett sätt att hantera detta är att tillämpa remisstväng, dvs. patienten behöver remiss till sjukhusens specialistmottagningar. Sju av de totalt 21 sjukvårdshuvudmännen tillämpar remisstväng (Tabell 8). Remisstväng står dock i konflikt med patientens möjlighet att fritt välja vårdgivare. Eftersom både prestationsersättning och patientens fria val är centrala delar i flera av de modeller som tillämpas, exempelvis Stockholmsmodellen, har remisstväng på många håll setts som en oönskad inskränkning.

Ett annat sätt att försöka styra patienternas vårdsökande är att införa *differentierade patientavgifter*. Denna form av styrning har använts i ökad utsträckning sedan den statliga regleringen med ett avgiftstak avskaffades 1991. Hur differentierade vårdavgifter och högre avgiftsnivå i den svenska sjukvården har påverkat rättvisan är dock dåligt belyst (Berg, 1996).

De direkta patientavgifterna är höga i Sverige vid en internationell jämförelse, exempelvis har Storbritannien, Tyskland, Kanada och Danmark lägre. Det kan vara viktigt att poängtera att olika nivåer på patientavgifterna används som en styrform. Som finansieringskälla är

patientavgifternas roll mycket liten. Frågan på vilken nivå patientavgifter för sjukvård respektive läkemedel och tandvård ska ligga har analyserats i flera studier (exempelvis Söderström, 1991; Gerdtham och Jönsson, 1993). Författarna har kommit fram till slutsatsen att det fanns utrymme att höja patientavgifterna ytterligare med motivering att det skulle ge effektivitetsvinster.

Dessa råd tycks ha efterlevts när man följer utvecklingen av patientavgifternas nivå. Arvidsson och Jönsson (1997) argumenterar för att patientavgifter kan och bör utnyttjas för att styra vårdefterfrågan till kostnadseffektiva vårdformer och för att stimulera förebyggande insatser. Författarna menar dock att den ojämna fördelningen av vårdbehov och vårdkostnader mellan individer sätter en gräns för hur stor andel av kostnaderna som kan betalas av patienterna i direkt samband med vårdkonsumtionen.

I Tabell 8 redovisas en sammanställning av patientavgifter inför 1999. Av denna sammanställning framgår att det är betydande skillnader i avgiftsnivå mellan de olika landstingen.

Sundberg (1997) menar att höjningar av olika patientavgifter utgör ett potentiellt hot mot "rättvis vård". Högre patientavgifter kan betyda att låginkomsttagare i högre utsträckning kan komma att avstå från att söka sig till sjukvården, vilket man då kan uppfatta som orättvist, i synnerhet som låginkomsttagare dessutom har sämre hälsa (Sundberg, 1997).

Tabell 8 Patientavgifter inför 1999.

	Läkarvård primärvård	Läkarvård specialist- mottagning	Akut mottagning	Remisskrav för läkarbesök	Remisskrav för övrig vård
Stockholm	120	230	300	Nej	Nej
Uppsala	120	200	260	Nej	Nej
Sörmland	100	200	200	Nej	Nej
Östergötland	100	250	150	Nej	Nej
Jönköping	140	220	220	Nej	Nej
Kronoberg	120	250	250	Nej	Ja
Kalmar	100	150	150	Nej	Ja
Blekinge	100	200	200	Nej	Ja
Skåne	100	200	180	Nej	Ja
Halland	120	180	200	Ja	Ja
VästraGötaland	100	200	120	Nej	Ja
Värmland	120	120	150	Ja	Nej
Örebro	100	150	180	Ja	Ja
Västmanland	120	120	200	Nej	Ja
Dalarna	100	200	180	Ja	Ja
Gävleborg	100	180	200	Ja	Ja
Västernorrland	100	200	200	Nej	Nej
Jämtland	100	200	200	Ja	Ja
Västerbotten	100	200	200	Ja	Ja
Norrbottn	125	200	200	Nej	Ja
Gotland	110	160	160	Nej	Ja

Källa: Landstingsvärlden

Det finns risk för att de ekonomiska incitament som skapas genom prestationsersättning kan leda till konsekvenser för vård på lika villkor. Ett exempel på detta är den kombination av ersättningsnivåer som tillämpades inom Göteborgs sjukvård fram t.o.m 1995. Vård av patienter hemmahörande i Göteborgs kommun gav sjukhusen lägre intäkter än vård av patienter som kom från övriga delar av regionen. (Carlsson & Svensson, 1996) Detta är ett bra exempel på en "barnsjukdom" som nya styrformer kan ha och som det gäller att vara ytterst observant på så att de tidigt kan identifieras och åtgärdas.

Nya ekonomiska styrformer kan komma att öka intresset för att i högre grad ta hänsyn till befolkningens hälsa och vårdbehov. Intresset för och den ökade användningen av behovsrelaterad resursfördelning är ett exempel på detta. I de flesta landsting finns behov av att styra patientströmmarna, exempelvis genom remisstväng eller differentierade patientavgifter. Styrning med avgifter kan medföra att personer med ansträngd ekonomi avstår vård. Detta kan vara ett hot mot vård på lika villkor.

1.5 Sammanfattning

- Under några få år under 1990-talet infördes flera stora förändringar i den svenska sjukvården på nationell nivå som kom att påverka såväl struktur som incitament. Samtidigt gjorde landstingen omfattande förändringar i sina organisations- och styrformer.
- Det är inte enkelt att få ett samlat grepp om senare års kostnadsutveckling för hela den svenska hälso- och sjukvården. Enligt de beräkningar som genomförts är det svårt att finna stöd för den mycket spridda uppfattningen att kraftiga kostnadsnedskärningar ägt rum under 1990-talet. Istället har de varit relativt oförändrade. Kostnaderna för öppen vård och läkemedel har ökat samtidigt som slutenvårdskostnaderna minskat.
- Ett mycket stort kunskapskapital finns inom hälso- och sjukvården i form av en stor andel välutbildade personer. Antalet undersköterskor och biträden har minskat betydande. Det kan bli problematiskt att utbilda och rekrytera personal samt finansiera de tjänster som behövs för att klara sjukvårdens omvårdnadsuppgifter.
- Utvecklingen av styrningen av sjukvården i Sverige under 1990-talet har inriktats på frågor som rör ökad produktivitet och effektivitet i vården. Exempel är införandet av konkurrensutsättning och resultatansvar. Strävan har varit att ge marknadsprincipen mer utrymme på bekostnad av byråkratisk och professionell organisation. Förhoppningen har varit att genom en kombination av organisationsprinciper upprätthålla en jämlik och rättvis sjukvård och samtidigt nå ökad produktivitet och effektivitet.
- Det är omöjligt att avgränsa de olika förändringarnas effekter och därför mycket svårt att fastställa vad landstingens nya ekonomiska styrformer har haft för påverkan på vårdens inriktning.
- Det är ytterst svårt att mäta produktivitet i sjukvården på ett rättvisande sätt. Speciellt svårt är det att studera produktivitetsförändringar kring 1992 eftersom flera parallella strukturella förändringar infördes utöver introduktion av nya styrformer. Flera studier visar att antalet prestationer i landstingens hälso- och sjukvård ökade kraftigt 1992 och 1993 och även att produktiviteten ökade. De största ökningarna har uppvisats i landsting som infört beställar/utförar-styrning.

- De nya ekonomiska styrsystemen har lett till en ökad ekonomisk kunskap och kostnadsmedvetenhet bland hälso- och sjukvårdens personal. För att klara kostnadskontroll i sjukvårdssystemet finns det vissa delar av de nya styrformerna som kan ställa till problem. Det finns en konflikt mellan beställar/utförar-styrning i kombination med patientens möjlighet att fritt välja vårdgivare. För att kunna upprätthålla kostnadskontroll är det av yttersta vikt att informations-systemen är funktionella och att registrering av data sker utan efter-släpning så att det är möjligt att hela tiden följa den ekonomiska utvecklingen.
- Det man hittills kan konstatera är att det inte finns några studier som visar om kvaliteten påverkats av de nya styrformerna. Klart är att de nya ekonomiska styrformerna har bidragit till ett ökat intresse för att mäta och förbättra kvaliteten.
- Nya ekonomiska styrformer kan komma att öka intresset för att i högre grad ta hänsyn till befolkningens hälsa och vårdbehov. Intres-set för och den ökade användningen av behovsrelaterad resursför-delning är ett exempel på detta. I de flesta landsting finns behov av att styra patientströmmarna, exempelvis genom remisstväng eller differentierade patientavgifter. Styrning med avgifter kan medföra att personer med ansträngd ekonomi avstår vård. Detta kan vara ett hot mot vård på lika villkor.

Referenser

- Anell A, Claesson R. *Svenska sjukhus förr och nu: Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.
- Anell A, Persson M. *Personalresurser i svensk sjukvård – utvecklingslinjer och internationell jämförelse*. IHE. Lund, 1996. (Arbetsrapport 1996:9)
- Anell A, Persson M. *Mäta BNP-andel inte nog: Reala mått kompletterar*. Läkartidningen 1998;95 (30-31): 3315-3318.
- Anell A, Svarvar P. *Ekonomiska styrformer i hälso- och sjukvården: Utvecklingslinjer och lärdomar för framtiden*. I: Carlsson P (red) Den planerade marknaden: Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7)
- Anell A. *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*. Stockholm: SNS Förlag, 1994.
- Anell A. *The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience*. Health policy 1996;37(1)19-33.
- Arvidsson G, Jönsson B. *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. Stockholm: SNS förlag 1997.
- Berg I. *Patientavgifter som styrinstrument*. I: Carlsson P (red) Den planerade marknaden: Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7)
- Bergman S-E, Dahlbäck U. *Att beställa hälso- och sjukvård: Erfarenheter från landsting med beställarstyrning*. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.
- Berry A J, Broadbent J, Otley D. *Management control: Theories, issues and practices*. Chippenham: Macmillan, 1995.
- Björk S, Rosén P. *Vården i vården: Politikerna, administratörerna och läkarnas syn på resursfördelning inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Landstingsförbundet, 1994. (Landstingsförbundet 1486)
- Blomquist C, Hansson L. *Resultatansvar i kommuner – är det möjligt och är det önskvärt?* I: Collin S, Hansson L. (red) Kommuner och landsting i förändring. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Borgert L. *Organisation som mode: Kontrasterande bilder av svensk hälso- och sjukvård*. Stockholms universitet, Företagsekonomiska institutionen 1992.

- Borgqvist L, Krakau I. *Lokala erfarenheter av nya styrformer i primärvården*. I: Carlsson P (red) Den planerade marknaden: Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7).
- Borgqvist L. *Primärkommunal primärvård: organisatorisk splittring eller samordning?* I: Collin S, Hansson L. (red) Kommuner och landsting i förändring. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Brorström B, Edlund V. *Ekonomistyrningens effekter - tio ekonomichefer om sina modeller*. I: Brorström B. (red) Ekonomi och styrning i sjukvårdsorganisationer: resultat från landstingsforskning. Stockholm: Landstingsförbundet, 1994.
- Brorström B, Johansson S. *Från regler och konton mot värderingar och ansvarsenheter: En bok om decentraliseringens bryderier och om förändrade styrformer i kommuner och landsting*. Lund: Studentlitteratur, 1992.
- Brunsson N. *Politisering och företagisering - om institutionell förankring och förvirring i organisationernas värld*. I: Arvidsson G, Lind R (red) Ledning av företag och förvaltningar. Stockholm: SNS Förlag, 1991.
- Bäck H, Gröjer A. *Stockholmsmodellen och vårdens kvalitet*. Stockholm: Stockholms universitet, Institutet för kommunal ekonomi, IKE 94:50, 1994.
- Calltorp J, Carlsson P, Holmström S, Levin L-Å, Persson J. *Att beställa hälso- och sjukvård: Teori och praktik utifrån fem exempel*. Beställarnätverket för landstingen i Sverige. Göteborg. 1998.
- Carlsson P. *Vad menas med styrning av hälso- och sjukvård?* I: Den planerade marknaden: om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7).
- Carlsson, P. & Svensson, H. - *Erfarenheter av nya styrformer och aktuella planer: en intervjustudie av ledningen i 8 sjukvårdsområden*. I: Socialstyrelsen. Den planerade marknaden: om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm, 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7)
- Charpentier C, Samuelsson L. *Effekter av en sjukvårdsreform - En analys av Stockholmsmodellen*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag AB, 1999.
- Cwejman M, Edlund V. *Information och informationssystem inom sjukvården: En användarstudie inom Bohuslandstinget*. Kfi-rapport nr 32, 1995.

- Czarniawska-Joerges B. *På jakt efter en ny identitet*. I: Collin S, Hansson L. (red) *Kommuner och landsting i förändring*. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Czarniawska-Joerges B. *Styrningens paradoxer: scener ur den offentliga verksamheten*. Stockholm: Nordstedts förlag, 1992.
- Dahlström A, Ramström D. *Stockhomsmodellen. Effekter, Problem, Välgval*. Stockholm: Spri, 1995. (Spri-rapport 398)
- Dermer J. *Management planning and control systems*. Homewood: Richard D. Irwin, 1977.
- Drucker P. *Managing the Non-Profit Organization*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd, 1990.
- Eckerlund I, Håkansson S, Svensson H. *Mått och steg för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Spri, 1994 (Spri-rapport 374)
- Edlund V. *Ekonomistyrning på sjukhus: En studie av ekonomistyrningens effekter på lokal nivå*. Göteborg: Göteborgs universitet, Förvaltningshögskolan, 1994.
- Enthoven A C. *Reflections on the Management of the National Health Service*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust. London 1985.
- Enthoven A. *Management information and analysis for the Swedish health care system*. Lund: IHE, 1989. (IHE working paper 1989:7)
- Forsberg E, Calltorp J. *Nya styrformer förändrat medicinskt handlande: Attityd- och beteendeförändringar efter två år med Stockholmsmodellen*. Huddinge: Samhällsmedicinska enheten, FoU-rapport 6, 1994.
- Forsberg E. *Prestationsrelaterad ersättning: effektivare sjukvård!? attityder och beteenden i Stockholm och tolv andra landsting*. Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin. (SLL-CHU-Rapport 9/98)
- Forssell A. *Företagisering av kommuner och landsting*. I: Jakobsson B (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag, 1994.)
- Garpenby P. *Effekter av nya styrformer på kvalitetsarbetet i sjukvården*. I: Carlsson P (red) *Den planerade marknaden: Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7)
- Gerdtham U. *Vård på lika villkor: en hälsoekonomisk teori- och metodstudie*. Stockholm: Handelshögskolan, Centrum för hälsoekonomi, 1994.

- Gerdtham U, Jönsson B. *Läkemedelsförmånen*. Stockholm: SNS Förlag 1993.
- Gerdtham U, Rehnberg C. The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden. Stockholm: Stockholm school of economics, 1997 (working Paper No 170)
- Gerdtham U, Sundberg G. Sjukvårdens rättvisa fördelning. *Ekonomisk debatt* 1997; 25(7):415-422.
- Ham C, Brommels M. *Health care reforms in the Netherlands, Sweden and the United Kingdom*. Health Affairs, 1994; (winter): 106-119.
- Hansson L, Blomqvist C. *Kommunen; från ekonomisk förening till ifrågasatt välfärdsproducent*. I: Collin S, Hansson L. (red) Kommuner och landsting i förändring. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Hansson L, Lind J-I. *Beställar-utförarmodellen: Några erfarenheter från teknisk verksamhet*. I: Collin S, Hansson L. (red) Kommuner och landsting i förändring. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Hellqvist A. *Organisatoriska stigar och praktiskt medvetande: språkliga verktyg för ledarskap och förändringsarbete*. Socialmedicinsk tidskrift nr 9-10, 1996.
- Holmström S, Calltorp J. *Utvärdering av Stockholmsmodellen: Beskrivning och analys av öppenvårdsproduktion i Stockholms läns landsting*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicinska enheten, 1994
- Holmström S. *Beskrivning och analys av öppenvårdsproduktion i Stockholms läns landsting 1994-1995*. Stockholms universitet företagsekonomiska institutionen (IKE) 1996.
- Holmström S. *Beskrivning och analys av öppenvårdsproduktion i Stockholms läns landsting 1994-1995*. Stockholm: Stockholms universitet. Företagsekonomiska institutionen, 1996. (IKE 1996:66)
- Hornblow A. *New Zealand's health reforms: a clash of cultures*. British Medical Journal. 1997; (314) 1892-1894.
- Hurst, J. Reforming health care in seven European nations, Health Affairs, fall, (1991) 7-21.
- Håkansson S. *Different ways of organizing and financing health care*. In: Wimo A, Jönsson B, Carlsson G, Winblad B. Health Economics of Dementia. John Wiley&Sons ltd. 1998.
- Jansson B. *Stukturella förändringar: 90-talets lösning?* I: Collin S, Hansson L. (red) Kommuner och landsting i förändring. Lund: Studentlitteratur, 1993.

- Jonsson E. Har den s k Dala- respektive Örebro-modellen genererat mer vård för pengarna – en jämförande utvärdering. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.
- Jonsson E. Utvärderingar i landstinget Gävleborg 4: Rapport om utvärdering av Landstingets Gävleborg begränsade form av prestationsersättning 1987-1993 + figurbilaga. Gävle: Landstinget Gävleborg, 1995.
- Jonsson E. Har den s k Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna? En jämförande utvärdering. Stockholm: Stockholms universitet, Institutet för kommunal ekonomi, IKE 1994:48,1994.
- Jonsson E. *Hur kan styrningen av sjukvården förbättras?* Stockholm: Spri, 1998. (Spri-rapport 472)
- Jonsson E. *Konkurrens inom sjukvården: vad säger forskningen om effekterna?* Stockholm: Spri, 1994. (Spri-rapport 350)
- Jonsson E. *Patientomsättning som jämförelsegrund inom den slutna akutsjukvården: modell och tillämpning.* Stockholms universitet företagsekonomiska institutionen 1997.
- Jonsson E. Utvärdering i landstinget Gävleborg 4: Rapport om utvärdering av Landstingets Gävleborg begränsade form av prestationsersättning 1987-1993+ Figurbilaga. Gävle: Landstinget Gävleborg, 1995.
- Jönsson B. *Vad innebär marknadstänkande? I: Smedby B (red.). Marknadstänkande och andra styrmedel i vården: Bra eller dåligt för patienterna?* Stockholm: Spri, 1994.
- Kamper-Jørgensen F. *Andre nye incitament i styrningen af sundhedssektorne. I: Smedby B (red.). Marknadstänkande och andra styrmedel i vården: Bra eller dåligt för patienterna?* Stockholm: Spri, 1994.
- Lampou K, Andersson B. *Sju teser om sjukvårdsorganisationer och deras studium.* Socialmedicinsk tidskrift nr 9-10:436-37 1996.
- Lampou K. *Prioriteringar inom sjukvården: En undersökning av avdelningsföreståndares och överläkares värdering vid ett universitetssjukhus.* Socialmedicinsk tidskrift nr 9-10 1996.
- Landstingsförbundet. Landstingens personal våren 1998. Stockholm: Landstingsförbundet, 1998.(1791)
- Lane J-E. *Kommunal omgivning och beslutsproblematik.*I: Collin S, Hansson L. (red) *Kommuner och landsting i förändring.* Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Lawrence P, Lorsch J. *Organization and environment.* Boston: Harvard, 1967.

- Leffler M. Att beställa sjukvård: beställarsidan i en ny styrmodell. Göteborg: Kommunforskning i Västsverige, 1994. (U-serien-utredning, utveckling: nr 20 och i Brorström B. (red.), 1994)
- Lind J-L. *Valfrihet, kvalitet och effektivitet i 90-talets sjukvård— går det att förena?* I: Collin S, Hansson L. (red) Kommuner och landsting i förändring. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Lindvall J. *Resultatansvar inom sjukvården: Vilken betydelse har det och vad leder det till?* Läkartidningen 1995; 92: 2515-2518.
- Lindvall J. *Det balanserade styrkortet: Något för sjukvården?* Socialmedicinsk tidskrift nr 9-10:438-441, 1996.
- Lindvall J. *Resultatansvar inom sjukvården.* Stockholm: Nerenius & Santéus förlag, 1997.
- Lundin R, Söderholm A. *Ledning för förnyelse i landsting: strategiska projekt i komplexa organisationer.* Nerenius & Santéus förlag Göteborg 1997.
- Lyttkens C H. *Avreglering av svensk sjukvård: seglats på öppna men stormiga hav?* I: Collin S, Hansson L. (red) Kommuner och landsting i förändring. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Malcolm L. *GP budget holding in New Zealand: lessons for Britain and elsewhere?* British Medical Journal. 1997; (314) 1890-1894.
- Maynard A. *Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the UK National Health Service.* Social Science and Medicine 39(10) (1994) 1433-1445.
- Norrbom C. *Chefernas syn på sjukvården: intervjuer med sjukhusdirektörer och sjukvårdsdirektörer i Stockholms läns landsting.* Stockholms universitet, företagsekonomiska institutionen (IKE). Stockholm 1997.
- Olsen J P. *The Modernisation of Public Administration in the Nordic Countries.* Bergen: University of Bergen. 1987.
- Paulsson G. *Utveckling av ekonomistyrssystem i sjukvården: förut-sättningar och drivkrafter.* I: Collin S, Hansson L. (red) Kommuner och landsting i förändring. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Rehnberg C. *Kontraktstyrning och intern marknad i Stockholmsmodellen.* Stockholm: Handelshögskolan, 1994.
- Rombach B. *Det går inte att styra med mål.* Lund: Studentlitteratur, 1991.
- Sahlin-Andersson K, Östergren K. *Att hantera skilda världar: läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration.* Stockholm: Landstingsförbundet, 1998.
- Sahlin-Andersson K, Östergren K. *Chefsöverläkarens roll i en föränderlig sjukvård.* Socialmedicinsk tidskrift nr 9-10, 1996.
- Socialstyrelsen. *Sjukvården i Sverige 1998.* Stockholm: 1998

- Socialstyrelsen. Fyra år med vårdgaranti - erfarenheter och effekter. Stockholm: 1997 (1997:2).
- Sundberg G. *Varning för vidgade hälsoklyftor*. Ekonomisk debatt. 1997; 25 (2): 105-113.
- Svensson H, Garelius L. *Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? Utvärdering av Stockholmsmodellen*. Stockholm: Spri, 1994. (Spri rapport 392).
- Svensson H, Nordling S. *Effekter av nya styrformer i hälso- och sjukvården: en litteraturöversikt*. I: Carlsson P. (red) Den planerade marknaden: Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7)
- Söderström L. *Hur skall sjukvården betalas?* Stockholm: SNS Förlag, 1991.
- Van de Ven W P M M, Schut F T, Rutten F F H. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social Science and Medicine* 39(10) 1994, 1405-1412.
- Warden J. *White paper puts GPs in the driving seat of the new NHS*. *British Medical Journal*. 1997; (315) 1561-1552.
- Westin J. *Förändringar ur en klinikchefs perspektiv*. I: Den planerade marknaden: om nya styrformers i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1995. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7).
- Von Otter C. *Effekter av nya ekonomiska styrsystem för sjukvårdens personal*. I: Carlsson P (red) Den planerade marknaden: Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7)

2 Den nya ekonomistyrningen och arbetsmiljön

Av Rolf Å Gustafsson

2.1 Ökad produktivitet eller mer slit under 1990-talet?

Under februari 1991 publicerade Landstingsförbundet en ambitiöst upplagd och vida spridd rapport med titeln *Vägval -Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden*. Detta dokument är en naturlig utgångspunkt för en översikt över 1990-talets förändringar.¹ Det ursprungliga initiativet togs av Landstingsförbundet tre år tidigare, som också bjöd in representanter från Socialdepartementet och Socialstyrelsen till utredningens ledningsgrupp. Ett stort antal internationella forskare inom de fält som i Sverige vanligen benämns hälso- och sjukvårdsforskning, hälsoekonomi och samhällsmedicin deltog i de symposier som organiserades i utredningens regi.

I slutet av den idéskrift som arbetet resulterade i diskuteras påbörjat och pågående förändringsarbete. Det står där klart att intresset för vad man kallar "nya ekonomiadministrativa styrsystem" är stort och man konstaterar att det gemensamma för dessa nya styrsystem..."och flera andra pågående projekt är att de syftar till att skilja på sjukvårdens producent respektive konsumentroll genom att bygga in marknadsliknande lösningar inom det offentliga ram." Vidare kan man läsa att dessa system ..."innebär att en större eller mindre del av vården finansieras per prestation och med ett långt drivet decentraliserat budgetansvar" (Landstingsförbundet 1991, s. 138 och 145). Helt kort och med få kopplingar till rapportens övriga resonemang nämns det som också är tema för den här föreliggande litteraturöversikten:

¹ Se exempelvis Glennerster & Matsaganis (1994), s. 245 och Saltman & von Otter (1992), s. 38 ff för en bakgrund till debatten om "planning and markets in Sweden".

Försöksverksamheten har även betydelse för ansvarsförhållanden och för fördelningen av uppgifter mellan de anställda liksom deras anställnings- och arbetsförhållanden i övrigt. (Landstingsförbundet 1991, s. 145)

Samma år som ovanstående rapport kom från trycket startade SNS (Studieförbundet Näringsliv och Samhälle) ett projekt med beteckningen *Nya spelregler för hälso- och sjukvården*. Det kom att spela en stor roll för den fortsatta vårdpolitiska debatten, inte minst genom de tretton böcker som producerades inom projektets ram (se Arvidsson & Jönsson 1997, s. 122). I den inledande boken understryker projektets vetenskapligt huvudansvarige att det är orealistiskt och kanske t.o.m. omöjligt med en fortsatt expansion av den skattefinansierade sjukvården (Jönsson 1991, s. 51). Genom att frigöra sjukvårdens resurser från "inlåsnings" i sjukhusens och primärvårdens budgetar, hoppas man kunna skapa möjligheter till en stimulerande konkurrens, som bidrar till ökad flexibilitet. Ett understödjande argument är att konkurrensen också kan bidra till förbättringar för personalen.

För de anställda inom sjukvården skulle det innebära en större variation i arbetsmöjligheterna och större möjligheter att påverka den egna situationen. Många är naturligtvis rädda för att följden istället skulle bli kaos. Denna rädsla är överdriven. (Jönsson 1991, s. 60)

I den avslutande och uppsummerande skriften från SNS-projektet gör dock samma författare sex år senare bedömningen att vårdpersonalen tvingats arbeta hårdare genom att det...

... skett kraftiga personalminskningar, främst vad gäller sjukvårdsbiträden. Denna minskning sammanhänger delvis med minskad sjukfrånvaro och ökad arbetstid för den personal som är kvar. Överföringen av sjukhemsvården och ansvaret för färdigbehandlade (s.k. klinikfärdiga) patienterna till kommunerna har också medfört ökad belastning på akutsjukvården. Vidare har vårdproduktionen på många håll i sjukhussektorn ökat kraftigt under denna tid utan samtidigt tillskott av resurser. Man har presterat mer vård för pengarna. Den ökade produktiviteten har naturligtvis inte tillkommit utan ansträngning. (Arvidsson & Jönsson 1997, s. 15).

Att öka ansträngningarna är dock – både begreppsmässigt och praktiskt – något annat än att arbeta mer produktivt/effektivt. De skrifter som här har återopats som viktiga dokument i svensk vårdpolitisk debatt under 1990-talet ställer nedanstående frågor på sin spets:

- Vad hände med arbetsmiljön?
- Vilka arbetsmiljöförändringar är det möjligt att knyta till införandet av beställar-utförar modeller och andra nya ekonomiadministrativa system och vilka är det rimligt att se som en konsekvens av övriga ekonomiska och organisatoriska förändringar?
- Har skillnader i arbetsmiljöhänseenden uppstått mellan personal inom den offentliga sektorn, respektive personal inom de privata vinstdrivna vårdföretag som etablerats i ökad takt under 1990-talet?²
- Kan 1990-talet karakteriseras som ökad stress, tyngre arbetsbelastning och osäkrare anställningsvillkor för vårdpersonalen, eller upplevs utvecklingen främst som ökad valfrihet och bättre produktivitet?

Ett vetenskapligt svar på dessa frågor är kort och gott: Vi vet inte. Det finns helt enkelt ingen empirisk forskning som kan läggas till grund för bedömningar av huruvida arbetsmiljön försämrats eller förbättrats som en konsekvens av de nya ekonomistyrningssystemen. En av de mest genomgripande sjukvårdspolitiska reformerna under modern tid saknar således vetenskapligt underbyggda utvärderingar och uppföljningar av dess arbetsmiljökonsekvenser. Ett viktigt resultat av den föreliggande litteraturstudien är att detta nu kan fastslås. En sådan redovisning måste dock preciseras, för att det skall bli möjligt att dra lärdomar inför framtiden. Vi kommer därför att gå igenom det befintliga materialet i syfte att närmare identifiera kunskapsluckor. Förändringsförloppet ger i sig vissa indikationer på dess sannolika konsekvenser för arbetsmiljöutvecklingen inom vården.

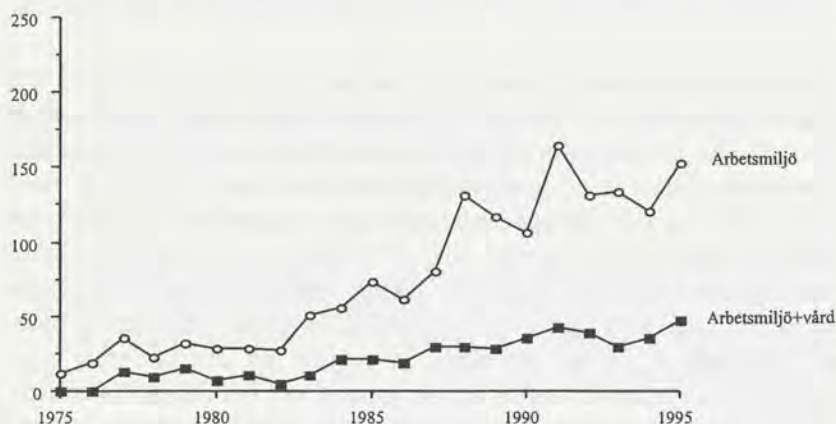
Resonemangen i det föreliggande och nästkommande kapitlet följs därefter upp i kapitel 4. Där presenteras en bearbetning av redan insamlat material om arbetsmiljöförhållanden (SCB:s arbetsmiljöundersökningar). Denna gör det möjligt att över tid jämföra arbetsupplevelser bland vårdpersonal i Stockholm, som är ett av de landsting där nya marknadslänkande ekonomistyrningssystem införts, med vårdpersonal som arbetar i landsting som valt att avstå från att införa sådana modeller.

² Enligt en tillförlitlig uppgift är ca 5 procent av det totala antalet anställda inom skola, vård och omsorg anställda i organisationer som drivs i annan regi än offentlig (juni 1994). Denna andel ökar, men varierar betydligt mellan olika verksamheter, kommuner och landsting. Varierar gör även andelen anställda i *aktiebolag* av de totalt 5 procent anställda i annan regi än offentlig, men utgör inom hälso- och sjukvården ca 80 procent; se vidare ESO (1995).

2.2 En första översikt över det svenska kunskapsläget

SPRI (hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) förfogar över Sveriges sannolikt mest omfattande samling tidskrifter, böcker och utredningar på hälso- och sjukvårdsområdet.³ Vi har gjort en sökning i databasen *Spriline* varigenom mer än 54 000 dokument kan nås.⁴

Figur 2 Antal "träffar" på databasen *Spriline* för sökorden arbetsmiljö och arbetsmiljö+vård.



I Figur 2 kan vi konstatera att antalet dokument med sökordet "arbetsmiljö" ökar nära nog kontinuerligt under hela perioden 1975–1995.⁵ En

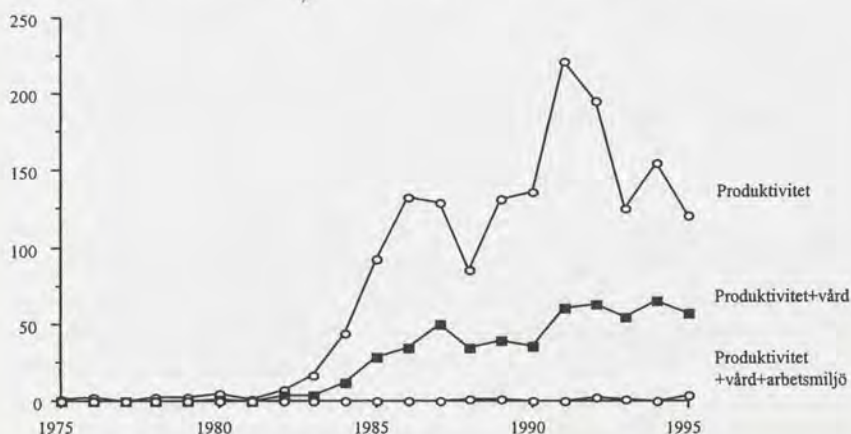
³ Databasen *Spriline* täcker hela sjukvårdsområdet, exklusive medicinsk facklitteratur. Samlingarna uppdateras löpande med ca 3 700 referenser per år och omfattade i januari 1998 54 000 böcker, tidskriftsartiklar, forsknings- och utredningsdokument från landsting, sjukvårdsenheter och högskolor. SPRI:s bibliotek och utredningsbank nås via *Spriline* och är svenskt ansvarsbibliotek inom hälso- och sjukvårdsområdet. Bland de 22 områden som bevakas av biblioteket ingår; hälsoekonomi, hälso- och sjukvårdens struktur och organisation, landstingsfrågor, offentlig förvaltning, personalfrågor och vårdorganisation.

⁴ Sökningen genomfördes under november 1998 och gäller samtliga dokument i samlingarna med publikationsdatum fr.o.m. 1975 t.o.m. 1995. Sannolikt innehåller samlingarna ett mindre täckande material för åren 1975–1983 eftersom biblioteket fick sin nuvarande organisation vid det senare årtalet. Viss försiktighet bör också iaktas vid tolkningar av antalet sökträffar för år 1995, eftersom man kan räkna med viss eftersläpning av registrering och införskaffande av dokument, speciellt vad gäller "grå" litteratur (exempelvis landstings och högskolors rapportserier).

⁵ När ett sökord (exempelvis "arbetsmiljö") eller en kombination av sökord (exempelvis "arbetsmiljö, vård") anges vid sökningen, så innebär detta att man får fram alla dokument i databasen (tidskriftsartiklar, böcker, utredningar) där detta (dessa) sökord

rimlig tolkning är att detta avspeglar det växande intresset för arbetsmiljöfrågor i Sverige, vilket i sin tur sammanhänger med den internationellt sett framgångsrika förstärkningen av arbetsmiljöforskningen, som skett i Sverige från mitten av 1970-talet (se Gustafsson 1994a och Oscarsson 1997). När sökordet "arbetsmiljö" kombineras med "vård" får vi fram litteratur som mer specifikt handlar om vårdens arbetsmiljö. Den diskuterar exempelvis fysisk arbetsmiljö (effekter av tunga lyft för omvårdnadspersonalen är ett återkommande tema), frågor om nattarbetets effekter och psykosociala förhållanden för olika personalkategorier (stress, utbrändhet, graden av kontroll och socialt stöd i arbetet m.m.). Samarbets- och ledarskapsfrågor är också viktiga tema, men där finns även historiska studier av exempelvis sjuksköterskors fackliga strategier. *Vi kan således konstatera en kontinuerlig ökning av litteratur som behandlar vårdens arbetsmiljö i en bred mening under hela perioden.*

Figur 3 Antal "träffar på databasen Spriline för sökorden produktivitet, produktivitet+vård och produktivitet+vård+arbetsmiljö.

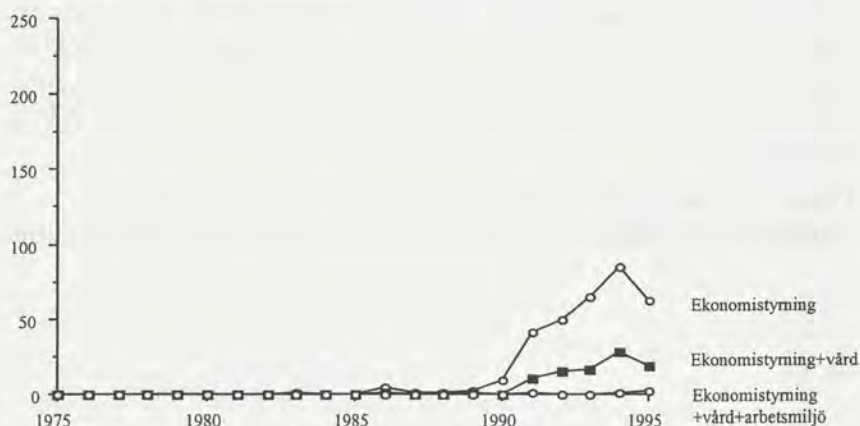


Figur 3 speglar det växande intresset i litteraturen för produktivitetsfrågor sedan mitten av 1980-talet. Med viss eftersläpning kopplas också produktivitetsfrågorna ihop med vården. Endast några enstaka studier kopplar dock samman frågor om vårdens produktivitet med ett intresse för arbetsmiljöfrågor. Sammanlagt fick vi 542 träffar 1975–1995 på kombinationen "produktivitet, vård", varav endast 8 kopplade detta till arbetsmiljön (1 procent). Det är värt att lägga märke till att 5 av dessa

finns i dokumentets rubrik och/eller sammanfattning och/eller bland de speciella sökord som bibliotekspersonalen åsatt dokumentet. Resultatet påverkas inte av i vilken ordning sökorden kombineras.

dokument syftar till att fästa uppmärksamhet på arbetsmiljöproblem förknippade med strävan mot ökad produktivitet. Resultaten måste i sin helhet betraktas som uppseendeväckande mot bakgrunden av det växande allmänna intresset för vårdens arbetsmiljö. *Produktivitetsfrågorna har så gott som uteslutande behandlats i isolering från litteraturen om vårdens arbetsmiljö.*

Figur 4 Antal "träffar" på databasen Spriline för sökorden **ekonomistyrning, ekonomistyrning+vård och ekonomistyrning+vård+arbetsmiljö.**



Figur 4 visar intresset för ekonomistyrning. Mönstret är i stort detsamma som i föregående figur om produktivitetsfrågor, men förloppet har här en mer abrupt karaktär: Fram till 1990 förekommer begreppet ekonomistyrning knappast alls, varefter det ökar i mycket snabb takt. *Samtidigt är det endast några enstaka skribenter som diskuterar ekonomistyrningens potentiella för- och nackdelar ur arbetsmiljösynpunkt.* Av sammanlagt 91 dokument om ekonomistyrning och vård under hela perioden 1975–1995 är det endast 4 som kopplar samman ekonomistyrningen med arbetsmiljöfrågor. Det är värt att lägga märke till att dessa fåtaliga referenser riktar uppmärksamheten på ekonomistyrningens risker ur arbetsmiljöhänseende.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att i den litteratur som planerare, politiker, forskare och andra hade tillgång till under 1990-talets första hälft genom det svenska ansvarsbibliotek som bevakar dessa frågor, kopplas vårdens arbetsmiljö endast undantagsvis samman med det stora intresset för produktivitet och ekonomistyrning. Här bör tilläggas

att samma mönster framkommer vid sökordskombinationerna "konkurrens, vård, arbetsmiljö" och "effektivitet, vård, arbetsmiljö".⁶

Den översiktliga bild av forskningsläget som framträder i genomgången ovan – och som baseras på ett kvantitativt omfattande material – kan kompletteras med en mer detaljerad bild av hur uppföljningen av de nya ekonomistyrningssystemen skett på lokal nivå. Stockholms läns landsting beslutade den 11 juni 1991 att införa ett nytt ekonomiskt styr-system för hälso- och sjukvården fr.o.m. 1992 (Stockholms läns landsting 1991-02-20 och Stockholms läns landsting 1994-12-30). Ett förändringsarbete som syftade till en ny politisk ledningsorganisation hade då bedrivits inom landstinget sedan 1989. Utvärderingen av detta projekt – som syftade till decentralisering och benämndes "nya grepp" – var ursprungligen tänkt att läggas till grund för efterföljande organisationsförändringar.

Två månader innan utvärderingsrapporten från "nya grepp" publicerades, beslutade dock landstingsledningen att igångsätta ett utredningsarbete med helt ny inriktning. Detta resulterade i beslut om att sätta ett nytt ekonomistyrningssystem (se vidare Gustafsson 1994b, s. 120). Här bör nämnas att Jacobsson (1994, s. 47) hävdade att

...Stockholmsmodellen växte fram och utformades på tjänstemannanivå. Förvaltningen inhämtade efterhand under processen erfarenheter från diverse konsultföretag, men gjorde nästan allt arbete på egen hand. När reformen växte fram var politikerna till att börja med inte inblandade, men efterhand växte de in som förespråkare för reformen. När idéerna sedan övertogs av politikerna fanns ingen oenighet alls mellan de politiska huvudblocken om modellen...

Stockholmslandstinget ansvarar för hälso- och sjukvård för ca 20 procent av Sveriges befolkning och den s.k. Stockholmsmodellen har rönt stor uppmärksamhet. Inte minst därför att den betraktats som ett av de mest renodlade försöken att införa marknadslänkande styrningsmekanismer i Sverige (Socialstyrelsen 1995, s. 37). Ett omfattande utvärderings- och forskningsarbete knöts till modellen. I internationell vetenskaplig litteratur är det vanligt att åberopa erfarenheterna från Stockholm, när den svenska grenen av vad som kommit att kallas "the health care reform movement" analyseras (se exempelvis Jönsson 1996). Målen för Stockholmsmodellen formulerades i allmänna termer

⁶ Kombinationen "konkurrens, vård" ger sammanlagt 35 träffar 1990–1995 och kombinationen "konkurrens, vård, arbetsmiljö" 0 träff för samma period. Kombinationen "effektivitet, vård" ger 81 träffar och kombinationen "effektivitet, vård, arbetsmiljö" under samma period 1990–1995 ger 6 träffar i *Spriline*.

i beslutet under juni 1991. Ambitionerna var att åstadkomma ett system som ger

- en förbättrad folkhälsa,
- patienten möjligheter att välja vårdgivare,
- personalen större inflytande över sitt arbete,
- ett bättre utnyttjande av sjukvårdens resurser,
- hälso- och sjukvård av hög kvalitet,
- kortare väntetider till sjukvård.

Uppföljningen av det nya ekonomiska styrsystemet bör inriktas på de ovan angivna målen. (Stockholms läns landsting 1994-12-30, s. 2)

Beslut togs av landstinget att avsätta sammanlagt nästan åtta miljoner kronor för ett utvärderingsprogram i syfte att studera förändringarnas effekter under perioden 1992–94 och med den inriktning som anges i citatet ovan.⁷ Mot slutet av 1994 sammanfattade landstingskontorets tjänstemän utvärderingens huvudresultat på bl.a. följande sätt:

Utvärderingsresultatet ger vid handen att helhetsbilden av den stora förändringsprocess som Stockholmsmodellen innebär på det hela taget är positiv. Vad man härvid framförallt betonat, är den mobilisering som skett och den högre förändringsberedskap man fått som en följd av kraven på bättre resurshushållning.[...] Utvärderingen anses tyda på att Stockholmsmodellen lett till väsentliga förbättringar i produktivitet och resursutnyttjande. [...] Enligt utvärderingen var de styrimpulser och mekanismer för ersättning m.m. som infördes i samband med Stockholmsmodellen kanske nödvändiga för att åstadkomma en förändring i vårdproduktionen. Det gav kanske också en 'välbehövlig chockeffekt'. (Stockholms läns landsting 1994-12-30, s. 3–4.)

Ingenstans i denna sammanfattning av utvärderingsprogrammet nämns eventuella effekter på arbetsmiljö, arbetsorganisation, arbetsvillkor eller huruvida Stockholmsmodellen uppnått delmålet att ge "personalen större inflytande över sitt arbete". Inom utvärderingsprogrammet saknas det helt enkelt studier av hur vårdpersonalen upplevde sin arbetsmiljö under förändringarnas genomförande, eller överhuvudtaget studier av Stockholmsmodellens arbetsmiljökonsekvenser.

⁷ Utvärderingsprogrammet uppdelades på sammanlagt ett dussintal forskningsprojekt lokaliserade till Institutet för kommunal ekonomi (IKE) Stockholms universitet, Centrum för hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm, SPRI, samt Samhällsmedicinska enheten, Stockholm läns landsting i Huddinge.

En genomgång av samtliga elva rapporter som tillställdes landstinget vid den slutgiltiga redovisningen av utvärderingen visar att materialet omfattar ca 650 textsidor.⁸ På sammanlagt fem textsidor förekommer resonemang och uppgifter som har att göra med arbetsmiljön. Där framgår att läkare som besvarat en postenkät är mycket oroliga för effekter på arbetsmiljön.⁹ Bland de 23 frågorna i enkäten ingår en fråga med följande lydelse; "Hur anser du att Stockholmsmodellen har påverkat följande faktorer vid er klinik?", varefter en lista med följande alternativ och ordning presenteras; "Kostnadsmedvetenhet, Användandet av resurser, Vårdkvalitet, Servicekänslan, Diagnosregistrering, Arbetsmiljön." För varje faktor har läkarna en femgradig skala att ta ställning till. Svarsfördelningen för arbetsmiljöfaktorn anges här i procent av de 212 läkare som svarat på frågan: "Mycket bättre" (0 pro-

⁸ De elva rapporter som anges i Stockholms läns landsting (1994-10-18) skrivelse är:

- Ramström, D. & Dahlström, A.: *Stockholmsmodellen utvärderad. Effekter, problem, vägval.* Stencil IKE, september 1994; också publicerad som Dahlström, A. & Ramström, D. (1995).

- Dahlström, A. & Ramström, D.: *Vårdmönster i ett systemperspektiv. Erfarenheter och slutsatser av Stockholmsmodellen.* Stencil IKE, juni 1994.

-Högberg, M.: *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.* IKE-rapport, augusti 1994.

-Jonsson, E.: *Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna -en jämförande utvärdering.* Stencil IKE augusti 1994.

-Gerdthem, U-G.: *Vård på lika villkor: En hälsoekonomisk teori- och metodstudie.* Stencil Handelshögskolan i Stockholm, Centrum för hälsoekonomi, september 1994.

-Rehnberg, C.: *Kontraktstyrning och intern marknad i Stockholmsmodellen.* Stencil Handelshögskolan, juni 1994.

- Forsberg, E.& Calltorp, J.: *Utnyttjandet av servicekliniker i Stockholmsmodellen - första året med internprisättning.* Stencil, odat., Samhällsmedicinska enheten Huddinge.

- Forsberg, E.& Calltorp, J.: *Nya styrformer. Förändrat medicinskt handlande -attityd och beteendeförändringar efter två år med Stockholmsmodellen.* Stencil, odat., Samhällsmedicinska enheten Huddinge.

- Holmström, S. & Calltorp, C.: *Beskrivning och analys av öppenvårdsproduktion i Stockholms läns landsting.* Stencil, juli 1994, Samhällsmedicinska enheten Huddinge.

- Paulson, E.: *Stockholmsmodellen och fem kirurgiska kliniktyper - en longitudinell studie av vårdkonsumtion.* Stencil, augusti 1994, Samhällsmedicinska enheten Huddinge och institutionen för socialmedicin, Uppsala.

- Svensson, H. & Garelius, L.: *Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? -utvärdering av Stockholmsmodellen.* Stencil, odat., SPRI.

Det sammanlagda antal sidor i de stencilversioner som tillställdes landstinget uppgick till 646. Flera rapporter har därefter publicerats i rapportform i institutens egna serier.

⁹ Enkäten riktades till samtliga läkare vid kirurgiska och urologiska kliniker som var anställda där under mars månad och skickades ut under maj och juni 1993. Totalt sändes 289 enkäter ut; 212 svar inkom (76 procent): Se vidare Svensson H. & Garelius, L. (1994).

cent), "Bättre" (2 procent), "Oförändrat" (24 procent), "Sämlre" (45 procent), "Mycket sämlre" (26 procent). Dessa enstaka uppgifter om läkarnas egna starkt negativa farhågor om eller bedömningar av Stockholmsmodellens effekter på klinikens arbetsmiljö, nämns dock ej i projektets sammanfattande rapport.¹⁰

Den övergripande bilden av hur arbetsmiljöfrågor behandlats i utrednings- och forskningslitteraturen om de nya ekonomistyrningssystemen, som vi erhållit genom den tidigare redovisade kvantitativt upplagda litteratursökningen (figur 1-3), återspeglas här således i Stockholmslandstingets utvärderingsprogram. Detta utesluter naturligtvis inte att material finns att tillgå, som indirekt eller på annat sätt belyser arbetsmiljöproblematiken. En studie har exempelvis genomförts i samarbete mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och fackliga organisationer. Spridningen av detta material har dock varit mycket blygsam (se vidare kapitel 3). Ur vetenskaplig synvinkel kan 1990-talet i stort betraktas som ett förlorat årtionde. Stora och övergripande organisatoriska förändringar har skett, utan att specifik information om dess möjliga effekter på arbetsmiljön samlats in.

2.3 Den svenska utvecklingen i internationell belysning

I den internationella litteraturen är det vanligt att karakterisera 1990-talet som det mest reformintensiva decenniet på hälso- och sjukvårdens område sedan andra världskriget (Wessen 1999, Saltman 1994, s. 287, Robinson 1994, s. 2 och Light 1997, s. 297). I en forskningsöversikt görs iakttagelsen att under detta decennium finns "nästan överallt ett missnöje med existerande metoder för finansiering och utförande och ett sökande efter nya policy-instrument" (Ham 1997, s.1, vår översättning). Den som sätter sig in i litteraturen om 1990-talets "health care reforms" kan knappast undgå att lägga märke till att många av de modeller och förändringar som prövats i svenska landsting har sina direkta motsvarigheter i flera av de reformer som genomförts i andra industrialiserade västländer. Även när det gäller centrala motiv för förändringarna har en påtaglig konvergens noterats (se exempelvis SOU 1993:38, s. 27). Nära nog samstämmigt anges England som den främsta

¹⁰ Se Dahlström, A. & Ramström, D. (1995), som dock i förbigående (s. 60) kommer in på "...att läkarna för år 1993, jämfört med ett år tidigare, nu känner sig hårdare styrda i sitt arbete."

inspirationskällan för de svenska experimenten.¹¹ Det är också klarlagt att de engelska förändringarna i sin tur starkt inspirerades av den amerikanske hälsoekonomen Enthovens idéer om hur en styrd eller planerad marknad skulle kunna leda till högre produktivitet och effektivitet (Enthoven 1993, Light 1997, s. 299–301).

Trots skillnader i reformernas fokus och anpassningar till nationella traditioner, så kan vissa gemensamma drag i förändringarnas inriktning konstateras. Idéen om åtskillnaden mellan å ena sidan beställare/finansiärer och å den andra sidan utförare/producenter är ett sådant genomgående drag. Ett motiv har varit att förtydliga och avgränsa det politiska ansvaret till att gälla övergripande prioriteringar för den offentligt finansierade vården. Men framförallt är ett återkommande tema förhoppningarna att denna uppsplittring av tidigare "integrerade" hälso- och sjukvårdssystem kan underlätta införandet av produktivitetshöjande incitament. Genom anbudskonkurrens och i vissa fall prestationsrelaterade ersättningsystem förväntas utförarna producera mer vård för pengarna.

A striking aspect of the present reform period has been the effort to introduce market-derived, competitive incentives into the operation of what were previously command and control or otherwise organizationally inflexible health system structures.[...] This interest in market-derived mechanisms pervades many of the current reforms and serves to define the uniqueness of the present reform era. (Saltman 1994, s. 288)

En gemensam nämnare i den internationella utvecklingen är också det sätt på vilket förändringarna genomförts: *många förändringar skedde samtidigt* och i ett *högt upptrivet tempo*. De implementerade modellerna var även föremål för *återkommande revideringar* (Appelby m.fl. 1994, s. 25, Klein 1995 och Light 1997, s. 328).¹²

Ytterligare ett gemensamt tema i redovisningarna från det internationella förändringsarbetet är den *brist på genomtänkta utvärderingar*, uppföljningar och forskning som allt fler nu fäster uppmärksamheten

¹¹ Tidigt fanns rapporter i Sverige om de engelska förändringarna; Werkö (1989). Se även Jönsson (1996), s. 39 och framför allt Glennerster & Matsaganis (1994) som påvisar påfallande likheter vad gäller både inriktning och process mellan den engelska och svenska utvecklingen.

¹² De ständiga revideringarna av exempelvis Stockholmsmodellen, som enligt landstingsrevisorerna bidrog till ett minskat förtroende för modellen (se Landstingsrevisorerna 1996), är delvis en följd av en grundläggande tanke bakom prestationsersättningsystemens konstruktion, nämligen att beställaren skall "hämta hem" ekonomiska vinster av förväntade produktivitetshöjningar genom en successiv sänkning av styckepriset: Se vidare Gustafson (1994c) och Hälso- och sjukvårdsnämnden-Staben (1995).

på. Ett exempel är den engelske professorn i hälsopolitik, Chris Ham, som i en antologi med ett internationellt jämförande perspektiv ställer frågan; "What has been the impact of these reforms? "

This question is not easy to answer because comprehensive evaluations have rarely been conducted. It is also difficult to disentangle the effects of one set of policies from others, particularly given that most countries have used a cocktail of approaches. (Ham 1997, s. 9–10)

Karaktäriseringen av forskningsläget gäller USA, England, Nederländerna, Tyskland och Sverige. Det hittills mest ambitiösa försöket att skapa en överblick över de utvärderingar som trots allt genomförts i Sverige – varav en stor del skett i landstingens regi och därför vanligen ej publiceras i vetenskapliga tidskrifter som internationella forskare har tillgång till – återfinns i en rapport från Socialstyrelsen. Man konstaterar där att det är en svår och komplicerad process att förändra ekonomiska styrsystem.

Det är därför förvånande att de förändringar som genomförts i de olika landstingen i så ringa utsträckning föregåtts av en öppen diskussion om de nya styrformernas för- och nackdelar. Likaså är det endast undantagsvis som systematiska utvärderingar genomförts av reformer. Samma sak gäller när nyligen införda styrformer övergivits. (Socialstyrelsen 1995, s. 8–9)

2.4 Välfärdspolitisk reformpessimism

För att kunna göra en nyanserad tolkning av denna brist på allsidiga och empiriskt välförankrade studier, är det viktigt att vara klar över att det bräckliga kunskapsläget inte är något unikt för de vårdpolitiska förändringar vi här intresserar oss för. Statsvetaren Bo Rothstein (1994, s. 73) talar i en brett upplagd översikt över internationell implementations- och utvärderingsforskning om en "välfärdspolitisk reformpessimism" som växte fram under 1980-talet och hävdar att denna... "hänger intimt samman med en större kris för rationalismen som politisk grundidé."

Internationell samhällsvetenskaplig forskning om genomförande av offentlig politik och dess ekonomiska och sociala effekter har väsentligen sitt ursprung i de många utvärderingsprojekt som knöts till 1960-talets välfärdspolitiska satsningar i Lyndon B. Johnson-administrations program med samlingsparollen "The Great Society" (Rothstein 1994, s. 71 och Rossi & Wright 1984). I likhet med vad som skedde i

Sverige, det främsta exemplet är sannolikt makarna Gunnar och Maj-Britt Inghes uppmärksammade bok *Den ofärdiga välfärden*, presenterades under 1960-talets senare hälft uppgifter om "kvarstående" fattigdom och social utslagning. Denna bok och dess utländska motsvarigheter fungerade som "väckarklockor" och bidrog till ett aktiverat socialpolitiskt intresse i västerländska industrisamhällen, där inflytelserika samhällsvetare ungefär samtidigt talade om framväxten av ett efterkrigstida "välfärdspolitiskt konsensus" och om fenomenet "ideologiernas död" (se vidare Rothstein 1994, s. 72 ff och Antman 1997, Glennerster & Midgley 1991, s. 9).

Till skillnad från vad som var fallet i Sverige bestämdes i USA att alla de federala program som lanserades i 'kriget mot fattigdomen' också skulle utvärderas. USA:s kongress ville veta vilka effekter de välfärdsprogram man lanserade hade -helt enkelt vad man fick för pengarna. [...] I allmänhet var de resultat man fann av de federala programmen tämligen nedslående. Man rapporterade om små, om alls några effekter, om bristande koordinering mellan organisationer och mellan de olika politiska nivåerna, om oförutsedda och ofta negativa bieffekter och ibland om direkt korruption och maktmissbruk i genomförandedet. (Rothstein 1994, s. 72-73).

Forskarnas slutsatser och rekommendationer blev ofta att programmets målsättningar skulle preciseras och att mer resurser för planering och forskning krävdes. För den fortsatta utvärderingsforskningen utvecklades metodregler som utgick från förhoppningar om att kunna isolera effekter av specifika reformåtgärder. Bortsett från det kostsamma och tidskrävande med sådana uppläggningar, har ansatserna kritiserats för en övertro på möjligheterna att hitta mätbara orsak-verkan liknande samband i komplexa sociala system. Om forskarnas åtgärdsförslag kan sammanfattas i formeln "bättre preciserade åtgärdsprogram och mer resurser till utvärderingsforskning", så blev den politiska responsen dock en annan:

Istället för mer resurser och bättre koordinerade offentliga reformprogram kom man till slutsatsen att denna typ av åtgärdsprogram överhuvudtaget inte kunde fungera, att de innebar slöseri, att de försatte mottagargrupperna i ett hjälplöst bidragsberoende och i många fall gjorde mer skada än nytta. (Rothstein 1994, s. 73)

Ser man 1990-talets vårdpolitiska reformarbete i ljuset av denna utveckling – och anglosaxisk samhällsvetenskap har utan tvekan intagit en ledande ställning under efterkrigstiden – så kan det knapphändiga kunskapsläget uppfattas som en konsekvens av att tilltron till utvärderingsforskning minskat. Man måste dock vara klar över att 1990-talets

vårdpolitik kom till stånd i ett politiskt och ekonomiskt klimat, där även tron på den offentliga *politikens* styrbarheter förändrats i grunden jämfört med 1960- och 1970-talen. De svårtolkade och ofta negativa resultaten från de socialpolitiska reformer som här berörts har med stor sannolikhet bidragit till detta.¹³ Men andra förklaringar till den välfärdspolitiska reformpessimismen – i meningens minskande tilltro till demokratiskt-politiskt styrda planeringsprocesser – finns rikligt representerad i litteraturen.¹⁴ Flera av de dessa är förenliga med varandra, men en balanserad genomgång skulle spräcka alla ramar för den föreliggande framställningen. En central forskningstradition bör dock nämnas: Analyser av "governmental overload" – som bl a handlar om den offentliga sektorns ostyrbarhet – blev under 1980-talet ett viktigt tema inom statsvetenskapen (se exempelvis kap. 4 i Held 1989). Bo Rothstein (1994, s. 75) visar att denna "pessimistiska grundton vad gäller möjligheterna att på demokratisk väg styra samhällsutvecklingen" också fick ett genomslag i exempelvis den svenska maktutredningens slutrapport från 1990.

2.5 Tre forskningstraditioner

Vid en närmare analys av ovanstående vårdpolitiska situation – som karakteriseras av försök att avgränsa och precisera demokratins räck-

¹³ Man bör dock hålla i minnet att merparten av de program som utvärderades i USA gällde selektiva socialpolitiska åtgärder, som är svårare att genomföra med god "träffbild" och som det vanligen är svårt att vinna medborgarnas/skattebetalarnas förtroende för; se vidare Rothstein (1994).

¹⁴ Korpi (1998), s. 46 ff visar att den sk *sklerosdiagnosen* – som starkt sammanfattat går ut på att en välfärdsstat med höga skatter och en stor offentlig sektor förvrider och förkalkar marknadens styrprocesser till men för den ekonomiska tillväxten – har framförts av många svenska nationalekonomer och spelat en avgörande roll. Antman (1994) ger en idéhistorisk översikt över de förändringar som innebar att den offentliga sektorn kom att betraktas som ett problem och en orsak till, snarare än som en lösning på viktiga samhällsfrågor

Ekonomien Evans (1992), s. 124 hävdar specifikt för Sveriges del att man i början av 1990-talet överdrev och missuppfattade "den svenska sjukvårdskrisen" och att *planeekonomiernas fall i Östeuropa* var en pådrivande faktor.

En inflytelserik forskningstradition hävdar att framväxten av "*post-materiella attityder*" och *mer individualistiska livstilar* haft en avgörande betydelse; se Svallfors (1996), s. 74 ff för en kritisk diskussion av dessa teser.

Vanligt är också att förbinda de förändringar i välfärdsstatens omfattning och organisering vi här diskuterar med den *nyliberala ideologi* som bars fram av Reagan-Thatcher-regeringarna under 1980-talet och de näringslivsfinansierade "think-tanks" dessa regeringar ofta hänvisade till; se Glennerster & Midgley (1991) och Altenstetter & Haywood (1991).

vidd inom vårdsystemen och en fortsatt brist på allsidiga samhällsvetenskapliga utvärderingar – är det fruktbart att skilja mellan olika forskningstraditioner. När det bräckliga kunskapsunderlaget beträffande 1990-talets hälso- och sjukvårdspolitiska förändringar påtalas, speciellt då vad gäller dess arbetsorganisatoriska konsekvenser, så avser detta främst empiriskt grundade effektstudier. En vidare sökning i den samhällsvetenskapliga litteraturen ger dock en mer sammansatt bild av kunskapsläget. Vi kan urskilja tre forskningsinriktningar.

Teoretiska analyser

Här intar deduktiva resonemang (logiska härledningar) utifrån ekonomisk teori en särställning. Det råder ingen tvekan om att detta perspektiv intagit en central ställning i både vetenskaplig och allmän vårdpolitisk debatt från 1980-talets slut. Neoklassisk ekonomisk teori har varit mycket inflytelserik i den svenska debatten om hälso- och sjukvårdens förnyelse (Granqvist 1994, Hugemark 1994a och b). Lars Jonung, själv professor i nationalekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm, hävdar att detta inte är något nytt fenomen och vidare att

...nationalekonomernas ställning har förstärkts av att de haft en gemensam teori eller ett paradigm att samlas kring, det vill säga det neoklassiska teoribygget, som ibland getts närmast en universiell tillämpning. Detta har också underlättat framväxten av en professionell identitet inom ekonomkåren. [...] Nationalekonomer har under de senaste 20-30 åren kunnat profilera sig som utbildnings-, arbetsmarknads-, miljö-, energi-, regional-, hälso-, bostads-, och u-lands-ekonomer för att ta några exempel. Alla dessa nya eller nygamla områden är nära förknippade med aktuell politik och inbjuder därmed till debatt. På så vis har ekonomkåren kommit att utvidga sitt debattrevir. (Jonung 1996, s. 10).

Många bedömare är överens om att nationalekonomisk forskning numera domineras av teoretiska modeller – ofta i matematisk form – och att empirisk forskning tenderar att komma i andra hand (se vidare Bergström 1996, s. 81 ff, Engwall 1993, Korpi 1998, Persson 1996, s. 34 ff och Pålsson Syll 1998 kapitel 10). Det krävs mycket goda insikter i ekonomisk teori för att förstå de restriktioner som bör iakttas vid den praktiska tillämpningen av nya ekonomiska styrmodeller. Det är också svårt att med precision förutse de potentiella följdverkningarna. Detta innebär naturligtvis att det ställs stora krav på politiker, konsulter, vårdanställda och allmänheten. Det finns en risk att innebörden i centrala begrepp som konkurrens, entreprenörskap och marknad

missförstås, eller tillskrivs förhoppningar, som inte har en fast grund i de teoretiska härledningarna välutbildade ekonomer behärskar. Vad de teoretiska modellerna *inte* behandlar – och vilka samhällsförhållanden som förutsätts oföränderliga – är också sådant som det är svårt för en lekman att få grepp om (se vidare Gustafsson 1995 och Gustafsson & Antman 1996).

Några av problemen kan illustreras med en analys av Stockholmsmodellens implementering som genomförs i det tidigare nämnda SNS-projektets avslutande och sammanfattande rapport. Författarna konstaterar inledningsvis att det blev "mer vård för pengarna" (vilket var en förutsedd och planerad effekt av Stockholmsmodellen och man åberopar som belägg en produktivitetsstudie av Ernst Jonsson, som här behandlas i avsnittet *Empiriskt grundade effektstudier*). Författarna konstaterar dock att det i Stockholm också blev "mer vård och mer pengar". Den senare, oönskade konsekvensen, hävdar man främst berodde på att politikerna kom att skära ner resurserna till den prestationsersatta vården *efter* det att modellen införts (Arvidsson & Jönsson 1997, s. 57). Politikerna borde skurit ner utgifterna *samtidigt* med att modellen infördes:

Modellens syfte var att öka utnyttjandet av resurserna och detta var också vad som hände. Med det ersättningssystem som fanns innebar detta ökade kostnader för finansiärerna/beställarna och ökade intäkter för producenterna. De senare fick därigenom möjligheter att öka sina driftskostnader, t.ex. genom ökade externa eller interna köp eller ökade löner/ersättningar. Den ekonomiska krisen, med vikande skatteintäkter för landstinget, framtvingade nedskärningar av planerade sjukvårdsbudgetar. Eftersom kapacitetsutnyttjandet var högt kunde detta ske bara genom kapacitetsneddragningar, vilket inte var det problem som Stockholmsmodellen var konstruerat för att lösa. Med facit i hand skulle kapaciteten ha reducerats samtidigt som modellen infördes, men detta var inte helt lätt att förutse. (Arvidsson & Jönsson 1997, s. 54)

Resonemanget innebär således att konkurrensmodellen kräver "att politikerna först drar ner" och att man därefter kan förvänta sig att det blir "mer vård för pengarna" (=ökad produktivitet). Felet politikerna gjorde var alltså att de minskade resurserna vid fel tillfälle och på fel sätt.¹⁵

¹⁵ Författarna gör i detta sammanhang även en beräkning av hur mycket pengar som vården skulle haft 1997, om dess andel av BNP hade konstanthållits. Man hävdar att i sådana fall, så *skulle* modellerna kunnat utnyttjats bättre; Arvidsson & Jönsson 1997, s. 58, men ... "Istället blev det fråga om att samtidigt stimulera produktivitetsökningar och påbörja nedskärningar, dvs. att gasa och bromsa samtidigt."

Det säger sig självt att teoretiska härledningar av detta slag ställer stora krav på ekonomiska insikter hos de förtroendevalda. Praktiska och vetenskapliga risker uppstår om och när ekonomer – som är ensamma om att behärska teorierna i hela sin vidd – genomför stegvisa tolkningar av det slag som presenterats ovan. Resultatet kan bli svåröverskådligt och få karaktären av ad hoc-resonemang.

En del försök har gjorts att motverka en sådan utveckling genom att i förväg noggrant redovisa de utgångsantaganden och restriktioner som bör iaktas vid applicerande av olika modeller.¹⁶ I dessa analyser förekommer dock överhuvudtaget mycket få hänvisningar till internationell och svensk arbetsmiljöforskning. Även detta är en gemensam nämnare i den engelska och svenska utvecklingen. Det främsta försöket till överblick över 1990-talets engelska förändringarna med avseende på personalförhållanden, uttalar en viss förvåning över att reformmakarna inte presenterade några analyser på detta område i förväg:

Whilst there were major challenges for the personell function in the thrust of the reforms, there was little specific guidance in the content of the 1990 Act as to how the function should meet these challenges. [...] Beyond the general assumptions built into the reforms that devolution, decentralisation and flexibility should be articles of faith in the post-reform management of NHS personell, there was no detailed blueprint for change. (Buchan & Seccombe 1994, s. 181)

Historiskt orienterad institutionell analys

Bredare analyser av 1990-talets arbetsorganisatoriska förändringar blir möjliga, om och när längre tidsperspektiv tillämpas, än vad som är gängse inom både implementationsforskning och neoklassisk ekonomi. Genom historiskt orienterad institutionell analys kan ytterligare några pusselbitar läggas till bilden av det senaste decenniets vårdpolitik.

En viktig utgångspunkt är då iakttagelsen att flera av 1990-talets organisatoriska modeller i själva verket är gamla idéer som givits nya namn eller lyfts in i ett nytt begreppsligt sammanhang. Inom den växande forskningen om produktion och spridning av organisatoriska moden är detta ett välkänt fenomen (se vidare Abrahamsson 1996, s. 266, Borgert 1992 och Furusten 1996). Ett exempel är offentlig anbudskonkurrens, som föreslogs 1859 av den engelske statistikern och

¹⁶ Jonsson (1993) är sannolikt det mest spridda exemplet på en sådan analys, men även ekonomen Roland Granquist har i en lång rad studier genomfört analyser av detta slag, men då varit betydligt mer förbehållsam inför applicerandet av ekonomiska modeller på hälso- och sjukvården.

socialreformatorn Edwin Chadwick (1800–1890). Redan 1859 lanserade han begreppet "konkurrens *om* ett verksamhetsfält" i relief mot den traditionella ekonomiska-liberala principen "konkurrens *inom* ett verksamhetsfält" ("competition for the field" visavi "competition within the field"). Tanken var att offentliga organ skulle erbjuda olika entreprenörer att åta sig vissa specificerade uppgifter till lägsta möjliga pris för en begränsad period. Därefter skulle anbudskonkurrens återigen ske, var-efter den som bedömdes mest lämplig, erhöll kontrakt för att fullgöra uppgiften under nästa period.¹⁷ Även andra aspekter på de engelska marknadsorienterade styrmodellerna har analyserats som en återgång till tiden före uppbyggnaden av de offentliga välfärdssystemen under tiden efter andra världskriget (Powell 1996).

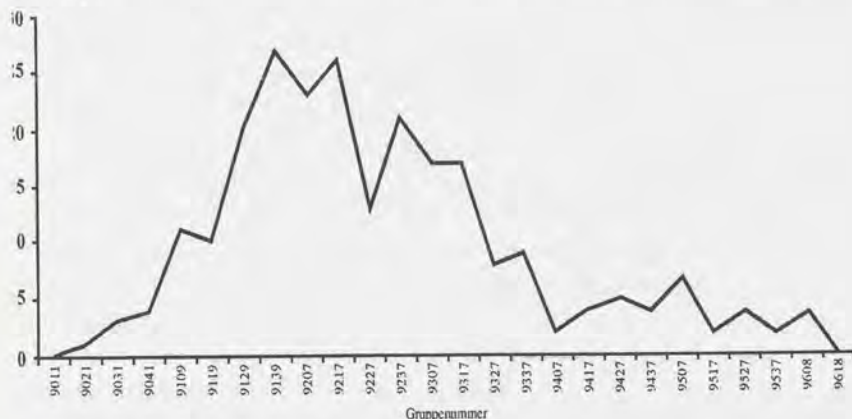
Det faktum att man i äldre vetenskaplig och socialpolitisk litteratur kan finna föregångare till "nutida" organisatoriska modeller, motiverar inte i sig att man talar om organisatoriska moden. För detta krävs också ett mönster av "uppgång och fall" vad gäller popularitet och intresse. I litteraturen om organisatoriska moden har flera sådana vågor av uppmärksamhet kring organisationslösningar av olika slag belagts.¹⁸ Ett svenskt exempel på vårdområdet ges av Nils-Are Johnsplass som studerat 245 nummer av tidskriften *Kommunaktuellt* under en period av sex år.¹⁹ Figur 5 visar antalet artiklar som explicit behandlar beställarutförarmodellen eller där denna diskuteras genom omskrivningar i termer av köp & sälj-modell. Vi ser ett tydligt mönster av "uppgång och fall".

¹⁷ Jag följer här en artikel av Crain & Ekelund (1976), s. 152, som citerar Chadwicks egen lite tillkrånglade formulering av principen från 1859: "... the whole field of service should be put up on behalf of the public for competition, -on the only condition on which efficiency, as well as the outmost cheapness, was practicable, namely, the possession, by one capital or by one establishment, of the entire field, which could be most efficiently and economically administered by one, with full securities towards the public for the performance of the requisite service during a given period.": Se vidare Gustafsson (1994c).

¹⁸ Se Abrahamsson (1996), s. 257–258. Man bör också vara klar över att sådana modevågor ofta fortplantar sig framåt i tiden genom att organisationslösningar från olika reformperioder s.a.s lever vidare sida vid sida eller i interaktion med varandra, vilket ställer stora krav på personalen: Gustafsson (1996), Rooseniit (1995) och Laius (1996) ger illustrationer av problem som kan uppstå.

¹⁹ Studien avser i princip hela tidskriftens innehåll fr om nr 1/1990 t.o.m. nr 30/1996; se vidare Johnsplass (1998).

Figur 5 Antal "träffar" i tidskriften *Kommunaktuellt* 1990-96 där artikeln, reportaget eller debattinlägget handlar om beställar-utförar-modellen (9011 avser nr 1/1990 - nr 20/1990 osv.) Efter Johnsplass (1998)



En viktig poäng med den växande litteraturen om organisatoriska moden är antagandet att modeväxlingarna väsentligen sker utan sakliga överväganden och grund. Det säger sig självt att studier av detta både är vetenskapligt komplicerat och kontroversiellt. En viktig indikation på att en organisationslösning har karaktären av ett organisatoriskt mode är att argumentationen för konceptet ifråga är motsägelsefull, bristfällig eller hänvisar till omgivningsförhållanden som de facto inte råder. Flera konkreta historiska analyser av de engelska sjukvårdsreformernas tillkomst, speciellt då beträffande argumentationen för "managed competition", hävdar att kunskapsunderlaget var magert och att slutsatserna lämnade en hel del övrigt att önska (Glennerster & Le Grand 1995, Klein 1995, Light 1997, Maynard & Hutton 1992 och Maynard 1993).

I studier av organisatoriska moden undersöks socialpsykologiska, politiska och tekno-ekonomiska drivkrafter för förändringarna och jämförs med den argumentation som anförs av organisationskonsulter, företagsledare och andra beslutsfattare. En svårighet är att nya organisationsmodeller vanligen motiveras som rationella och som framsteg i förhållande till tidigare lösningar.²⁰ Huruvida de nya lösningarna verk-

²⁰ En ledande forskare på området definierar "management fashion setting"... "as the process by which management fashion setters continuously redefine both theirs and fashion followers' collective beliefs about which management techniques lead rational management progress. These shared beliefs about management progress cannot remain stable for to long; otherwise, progress will not seem to occur. A management fashion, therefore, is a relatively transitory collective belief, disseminated by management

ligen är rationella (och i vilken mening) eller om de mer eller mindre medvetet *framställs* på detta sätt, kan i de flesta fall inte avgöras genom enskilda forskningsinsatser. Att ett intresse för liknande organisationsmodeller uppkommer på olika håll under korta tidsförlopp – och att modellerna dessutom uppfattas som rationella och ändamålsenliga – är ju sannolikt ofta en följd av innovationsprocesser, dvs. att organisationsledningarna ungefär samtidigt kommer fram till liknande lösningar ... "därför att de sysslar med liknande saker i liknande omgivningar, och dessa förändras över tiden" (Brunsson 1998, s. 184).

K. A Rörvik har dock i en studie av 50 organisationskonsulter, som han hävdar är representativa för den norska marknaden, visat att de rekommendationer konsulterna gav till beslutsfattare inom den offentliga sektorn var schablonartade: "De fleste konsulenter differensierar i meget liten grad mellom ulike typer av offentlig virksomheter med ulike oppgaver og problemer" (Rörvik 1992, s. 144). Just detta att inflytelserika aktörer – ofta marknadsledande konsultbyråer eller centrala offentliga organisationer – fungerar som "uppsamlare", "förmedlare", "utformare" och "övertalare" med standardiserade organisationslösningar i sin arsenal är ett fenomen som uppmärksammas och belagts (se vidare Brunsson 1998, Sahlin-Andersson 1998 och Furusten 1996). Flera forskare har intresserat sig för fenomenet "*New Public Management*" i dessa sammanhang och hävdar att detta sannolikt är ett organisatoriskt mode som för närvarande är på uppgång (Hogget 1996, Petersson 1998 kapitel 3, Lundqvist 1998 kapitel 5 och Thompsson & Riccucci 1998). Lösningen innebär *en tydligare och mer företagsliknande ovanifrånstyrning av den offentliga sektorn*.

Det hävdas bl a att en viktig förklaring till att reformerandet av sjukvården, från ett budget-anslagssystem till ett beställar-utförarsystem, haft svårt att tränga ut i organisationen är att det inte funnits tillräckligt kompetenta ledare inom systemet. (Furusten & Lerdell 1998, s. 100).

Idéerna har sammanfattats, kodifierats och spridits av PUMA (The Public Management Committee) som är ett OECD-organ. Man hävdar där att konceptet är generellt applicerbart på de flesta länders förvaltningar, samtidigt som en av PUMA:s huvuduppgifter är att vara en arena för diskussioner om vägar för att realisera OECD:s övergripande mål för ekonomisk tillväxt. Närmare studier av kunskapsunderlaget för detta organisationskoncept indikerar dock att vi har att göra med ett mode, eftersom konceptet har mycket begränsad förankring i både

fashion setters, that a management technique leads rational management progress." Abrahamsson (1996), s. 257.

samhällsvetenskaplig organisationsforskning och praktisk erfarenhet (Hogget 1996, Furusten & Lerdell 1998 och Sahlin-Andersson 1998). Fenomenet bär i detta avseende på stora likheter med vad Røvik hävdar att han konstaterat i sin studie av organisationskonsulter inom norsk offentlig sektor:

Analysen av intervjudata visar att konsultene bara sporadiskt viser til at man har laert gjennom egne erfaringer når man skal begrunne hvorfor en bestemt organisationsform oppfattes som god. Ofte kommer dette av at konsulentene selv *mangler* grundige kunnskaper om hva som faktisk ble virkningene av tidligere engesjementer. Konsulente er nemlig ofte strukturelt forhindret fra å laere av egne erfaringer, *dels* som følge av at oppdragene er kostbara og gjerne avsluttes før løsninger er iverksatt, *dels* som følge av at det ofte er vanskelig å avgrense og måle effekterne eksakt. (Røvik 1992, s. 144.)

Empiriskt grundade effektstudier

Den tredje forskningstradition vi kan urskilja i 1990-talets vårdpolitiska förändringar, är den som vanligen ligger närmast till hands som underlag för utvärdering och uppföljning. Det vetenskapliga idealet är här vad som kallas naturliga experiment med ett brett spektrum av effektvariabler. Internationellt har förhoppningarna i dessa sammanhang inte minst ställts till Sverige, som genom sin decentraliserade hälsopolitiska struktur skulle kunna utgöra en provkarta på olika styrmodeller. Genom att jämföra olika landsting med varandra – de som prövat olika modeller av valfrihet, ekonomiska incitament, former för entreprenadisering m.m. och de som avstått – så skulle ett intressant material kunna skapas (Ham 1997, s. 120, von Otter 1999, s. 258). Denna möjlighet har dock utnyttjats i mycket begränsad utsträckning och då, som vi tidigare visat, med arbetsmiljöperspektiven nära nog totalt frånvarande.

Den oftast citerade studien med sådan upplägning är sannolikt den där Stockholmslandstingets produktivitet jämförs med fjorton landsting som ej infört nya ekonomistyrningssystem. Resultaten indikerar en relativt sett förhöjd produktivitet med drygt tio procentenheter för Stockholms del under åren 1992–1994, men också att samtliga landsting ökat produktiviteten under samma period (Jonsson 1996 och 1998; liknande resultat kommer Rhenberg 1997 fram till i en studie av samma karaktär). Här bör nämnas att i flera rapporter hävdas att den engelska forskningen om den nya ekonomistyrningens effekter på produktivitet,

kostnader och priser fortfarande är blygsam till sin omfattning och framför allt att resultaten är svårtolkade och motsägelsefulla.²¹

Vår inledande kvantitativa och kvalitativa litteraturöversikt visar att det inte finns några svenska effektstudier där förändringar i arbetsmiljön knutits till införande av nya ekonomiska styrsystem. Samma slutsats dras av en mindre omfattande översikt som publicerats i den tidigare nämnda rapporten av Socialstyrelsen; ..."De förändringar som iscensatts inom den offentliga sjukvården, har inte åtföljts av någon samlad uppföljning av konsekvenser för personalen" (von Otter 1995, s. 173).

Även här finns engelska paralleller. De fåtal studier vi kunnat uppbunga indikerar en viss decentralisering av det engelska löneförhandlingssystemet, en tendens till ökad anställning av lågutbildad hjälppersonal och att osäkerhet råder om framtida personalpolicy (Buchan & Seccombe 1994 och Loewenberg 1996). De strukturella förändringar som kunnat iaktas på personalpolitikens område rapporteras framskrida relativt långsamt och en bedömning är att ..."In many ways, the significant changes so far have been in organizational culture and individual attitude" (Buchan & Seccombe 1994, s. 197). Liknande bedömningar – även för Sveriges del utifrån begränsat material – har gjorts beträffande Stockholmsmodellen. En ökad kostnadsmedvetenhet bland personalen brukar då uppmärksammas, men i övrigt lyser effekterna på personalen och dess relationer till arbetsgivaren med sin frånvaro i dessa studier (Dahlström & Ramström 1995).

En både förväntad och förhållandevis välbelagd effekt av beställarutförarmodeller är dock ökningen av administrativ personal (Glennister & Le Grand 1995, s. 208, Light 1997, s. 298 och 320–322). Det vetenskapliga intresset har här främst riktats mot risken för att den ökning av s.k. transaktionskostnader som blir följderna av detta, skulle kunna motverka de positiva ekonomiska effekterna. Anläggs ett vidare perspektiv, är det dock utifrån nuvarande kunskapsläge, rimligt att också tolka dessa förändringar som en tydlig indikation på *lönepolitiska och arbetsorganisatoriska bieffekter*.

Enligt en uppskattning av Bengt Jönsson (1996), professor i hälsoekonomi, utgjorde Stockholmslandstingets administrationskostnader 2,5 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård innan Stockholmsmodellen infördes. De specifika kostnaderna för Stockholms-

²¹ Propper & Söderlund (1998), s. 193 är värda att citera när det gäller England: "Despite the fact that the rationale for internal market was to introduce competition, there have been relatively few studies of the effect of competition on pricing behavior or costs. We have reviewed those that exist. There are few findings that appear consistently across all studies." Se även Light (1997), s. 326 och Glennister & Le Grand (1995)

modellens beställar-utförarorganisation beräknas på ett liknande sätt till 1–2 procent av landstingets totala kostnader för köp av hälso- och sjukvård (1993). Enligt dessa beräkningar skulle således Stockholmsmodellens beställar-utförarorganisation i sig ha medfört en ökning av administrationskostnaderna med 40–60 procent (från ca 2,5 procent innan modellens införande till 3,5–4,5 procent första året efter dess införande). I reella pengar motsvarar detta för Stockholms del 239 miljoner kronor. Jönssons (1996, s. 42) slutsats blir dock att ... "Even marginal improvements in efficiency of allocation will be enough to offset these costs." Samtliga försök till uppskattningar av ökade administrationskostnader påpekar dock att sådana har stora felmarginaler (Rhenberg 1993 och Thorpe 1992).

För Englands del har man konstaterat att den högre administrativa personalens andel av de totala lönekostnaderna ökat markant sedan liknande modeller införts (Buchan & Seccombe 1994, s. 187–188 och Light 1997, s. 323). Detta kommenteras även i en annan översiktsartikel, när författaren kommer in på läkares och sjuksköterskors offentligt framförda skepsis mot förändringarna:

If anything attracted attention – and resentment – it was that the higher rewards appeared to be going predominantly to managers: the effect of the reforms, it appeared to doctors and nurses, was to inflate both managerial numbers and salaries. (Klein 1995, s. 319.)

Light (1997, s. 322–323) hävdar att beställar-utförarmodellerna lett till en "kapprustning" vad gäller administratörer, planerare och konsulter inom engelsk hälso- och sjukvård. En reflektion med liknande implikationer görs i ytterligare en artikel, som bl.a. analyserar de engelska marknadsstyrningsmekanismerna mot bakgrund av den uttalade målsättningen att minska offentlig byråkrati och maktfullkomlighet:

The state and its bureaucrats have lost no power at all. Indeed, the number of administrators has increased rapidly to run the complex contract state. The bureaucrats have won again. [...] The NHS reforms can be seen as an attempt by managers to win more power from doctors by being able to use threat of competition to get their way. (Glennerster & Le Grand 1995, s. 211–212).

2.6 Sammanfattning

Litteraturoversikten i det föregående visar att frågor sammanhängande med vårdens arbetsmiljö endast undantagsvis kopplats samman med det intresse för produktivitet, konkurrens och ekonomistyrning, som

genomgått en nära nog explosionsartad ökning under 1990-talets första hälft. De nya modeller för ekonomistyrning som lanserats har ofta fokuserats på produktivitetshöjningar. Ekonomistyrningen har i stor utsträckning utformats på ett sådant sätt att den inneburit ökad ovanifrånstyrning av personalen. Det är anmärkningsvärt att förändringar av så genomgripande natur skett utan systematisk och kontinuerlig utvärdering av effekterna på personalens arbetsmiljö och hälsa.

Något har falerat i den samhällsvetenskapliga forskningen om 1990-talets vårdpolitiska förändringar: Varken de teoretiska perspektiv som dominerat argumentationen för nya ekonomistyrningssystem, eller de effektstudier som faktiskt genomförts, har i nämnvärd utsträckning intresserat sig för vårdens inre arbetsorganisatoriska utveckling. Detta kan tolkas som en förstärkning av den "kris för rationalismen som politisk grundidé" som diskuterats. Överhuvudtaget kan det mot bakgrund av 1990-talet te sig som orealistiskt med noggrant planerade reformer, som genomförs på ett sådant sätt att processen kan påverkas av resultat från brett upplagda samhällsvetenskapliga utvärderingsprojekt. Det förtjänar dock att understrykas att det vore ett felslut att tolka de föregående redovisningarna som ett argument för en ökad skepsis inför möjligheterna till ett politiskt handlande som tar hänsyn till samhällsvetenskapliga forskningsresultat. Detta skulle vara ett tydfall på ett logiska felslut av typen naturalistiskt misstag, dvs att dra slutsatser om vad som är möjligt och önskvärt utifrån hur det "är" (eller har varit).

Vikten av att koppla samman flera forskningstraditioner med varandra – inte minst att bibehålla ett intresse för historiskt orienterad analys av välfärdspolitikens institutionella grunder och samhällsroll – understryks av 1990-talets erfarenheter. Ett bredare kunskapsunderlag skulle i sin tur utgöra en nödvändig – men inte tillräcklig – förutsättning för vårdpolitiska beslut, som i högre utsträckning än vad som varit fallet under 1990-talet, syftar till att tillvarata och utveckla det sociala kapital som en engagerad och kunnig vårdpersonal utgör.

De svenska förändringarna har i stor utsträckning inspirerats av organisationsmodeller som vunnit stor internationell spridning, trots att de hälsopolitiska utgångspunkterna och problemdiagnoserna många gånger varit oklart redovisade. De nationalekonomiska modeller som intagit en central ställning i både internationell och svensk debatt domineras av teoretiska perspektiv med mycket få kopplingar till empirisk forskning om arbetsorganisation och vårdprocesser i vid mening. Även empirisk forskning om välfärdspolitik, som ett sätt att utjämna skillnader i människors hälsa, ekonomiska makt och livskvalitet, har i mycket begränsad utsträckning använts för att följa upp förändringarna. Att de svenska landstingen sammantaget utgör en av landets största arbetsgivare och därmed har ett stort inflytande på folkhälsa och socioeko-

nomiska förhållanden via förändringar i vårdarbetets arbetsmiljö förtjänar att påtalas i detta sammanhang.

En gemensam nämnare i den internationella utvecklingen under 1990-talet – inbegripet den svenska – är att många förändringar skett samtidigt och i ett högt uppdrivet tempo. I redovisningarna från det internationella reformarbetet under 1990-talet uppmärksammas numera ofta bristen på genomtänkta och systematiska utvärderingar. De möjligheter som trots allt funnits att vetenskapligt följa upp förändringarna och att då studera ett brett spektrum av kriterier – exempelvis effekter på arbetsmiljön, förutsättningar för förtroendefulla relationer mellan politiker-vårdpersonal-klienter, samt effekter på demokratiskt deltagande och välfärdssystemens legitimitet – har långt ifrån utnyttjats. En bidragande orsak till detta kan vara de snabba och konsultburna ”modeväxlingar” som utgör ett växande fenomen på den internationella marknaden för organisations- och företagsledningsmodeller.

De företagsliknande organisationsmodeller som nu lanseras på bred front – ”New Public Management” – karaktäriseras i en växande kritisk litteratur som ett fullföljande av jakten på ökad produktivitet och ekonomistyrning. De bygger i stor utsträckning på idéer om ökad personalstyrning uppifrån, vilka i stor utsträckning saknar empiriskt stöd från arbetsmiljöforskningen i allmänhet och som – av skäl som framgått ovan – mycket sällan bygger på utvärderingar av 1990-talets förändringsarbete.

Referenser

- Abrahamsson, E. (1996) "Management Fashion", *Academy of Management Review*, Vol 21, No 1.
- Altenstatter, C. & Haywood, S. C. (ed) (1991) *Comparative Health Policy and the New Right – From Rhetoric to Reality*. London: Macmillan.
- Antman, P. (1994) "Vägen till systemskiftet – den offentliga sektorn i politiken 1970-1992", i Gustafsson, R (red.) *Köp och sälj, var god svälj? -vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Antman, P. (1997) *Den nya arbetarefrågan -Utsatthet och marginalisering i ett postfordistiskt Sverige*. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, KI vit rapport 359.
- Appelby, J. & Smith, P. & Ranade, W. & Little, V. & Robinson, R. (1994) "Monitoring Managed Competition", i Robinson R & Le Grand J, (ed) *Evaluating the NHS reforms*. London: Kings Fund Institute.
- Arbetsmiljökommissionen (1989) *Arbeten utsatta för särskilda hälso-risker*. Rapport inom Arbetsmiljökommissionens kartläggning, Bilagedel F. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (red) (1991) *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. Stockholm: SNS förlag.
- Bergström, V. (1996) "Är ekonomerna samhällsvetare?", i Jonung, L. (red) *Ekonomerna i debatten -Gör de någon nytta?* Stockholm: Ekerlids förlag.
- Borgert, L. (1992) *Organiserandet som mode -Perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Brunsson, N. (1998) "Standardisering och moderörelser", i Brunsson, N. & Jacobsson, B. (red) *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Buchan, J. & Seccombe, I. (1994) "The Changing Role of the NHS Personell Function", i Robinson R & Le Grand J, (ed) *Evaluating the NHS reforms*. London: Kings Fund Institute.
- Butler, J. (1994) "Origins and Early development" i Robinson R & Le Grand J, (ed) *Evaluating the NHS reforms*. London: Kings Fund Institute.
- Crain, W. M. & Ekelund, R.B. (1976) "Chadwick and Demsetz on Competition and Regulation", *The Journal of Law and Economics*, Vol 19, p. 149–162.

- Dahlgren G (1994) *Framtidens sjukvårdsmarknader -Vinnare och förlorare*. Natur och Kultur.
- Dahlström, A. & Ramström, D. (1995) *Stockholmsmodellen. Effekter, problem, vägval. -En sammanfattning av ett utvärderingsprogram*. Stockholm: SPRI-rapport 398.
- Engwall, L. (1993) "Nationalekonomins realism", i *Tvivlet på nationalekonomin -Fyra ekonomer diskuterar vetenskapen och verkligheten*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden; Källa nr 40.
- Enthoven, A. C. (1993) "The History and Principles of Managed Competition", *Health Affairs*, supplement 1993.
- ESO (1995) *Vad blev det av de enskilda alternativen? - En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen*. Rapport till expertgruppen för studier av offentlig ekonomi av Loord-Gynne, U. & Mann, C-O. Finansdepartementet Ds 1995:25.
- Evans, R.G. (1992) "Reflexioner om revolutionen i Sverige". I Culyer & Evans & Glaf von der Schulenburg m.fl, *Svensk sjukvård bäst i världen?* Stockholm: SNS förlag.
- Freidson, E.(1985) "The Changing Nature of Professional Control", *Annual Review of Sociology* vol 10. Palo Alto: Annual Reviews Inc.
- Furusten, S. (1996) *Den populära managementkulturen -Om produktion och spridning av populär "kunskap" om företagsledning*. Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag.
- Furusten, S. & Lerdell, D. (1998) "Managementisering av förvaltningen", i Ahrne, G. (red) *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag.
- Glennerster, H. & Le Grand, J. (1995) The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision in the United Kingdom. *International Journal of Health Services* Vol 25, No 2.
- Glennerster, H. & Matsaganis, M. (1994) "The English and Swedish Health Care Reform", *International Journal of Health Services*, Vol 24, no 2.
- Glennerster, H. & Midgley, J. (ed.) (1991) *The radical right and the Welfare state*. Maryland: Barnes and Noble books.
- Granqvist, R. (1994) "Ger köp-sälj-system effektivare vård?", *Häften för Kritiska Studier*, Årg 27, Nr 2-3.
- Gustafsson, R. Å. (1994a) "Traditionernas ok på arbetsmiljöpreventionens område". I Carlsson, G, & Arvidsson, O, (red), *Kampen för folkhälsan -prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Gustafsson, R. Å. (1994b) "Nya kriser eller eviga motsättningar i vårdpolitiken", i Gustafsson, R. (red.) *Köp och sälj, var god svälj - Vårdens nya ekonomistyrningssystem i arbetsmiljöperspektiv*, Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Gustafsson, R. Å. (1994c) "Arbetsorganisatoriska risker med de nya ekonomistyrningssystemen", i Gustafsson, R. (red.) *Köp och sälj, var god svälj - Vårdens nya ekonomistyrningssystem i arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Gustafsson, R. Å. (1995) "Valfrihet och konkurrens inom den offentliga sektorn - en kritisk analys", *Sociologisk Forskning*, Nr 3.
- Gustafsson, R. Å. (1996) "Vad bör kommunerna göra? - Om välfärdens inre och yttre legitimitet", *Socialvetenskaplig Tidskrift*, Nr 4.
- Gustafsson, R. Å. & Antman, P. (1996) "Välfärd på entreprenad", i Palme, J. & Wennemo, I. (red) *Generell välfärd - Hot eller möjligheter?* Stockholm: Socialdepartementet, Välfärdsprojektet; Skriftserien: Fakta/kunskap nr 3.
- Ham, C. (1997) "The Background", i Ham, C. (ed) *Health Care Reform - Learning from International Experience*. Buckingham: Open University Press.
- Held, D. (1989) *Political Theory and the Modern State*. Cambridge: Polity Press.
- Hogget, P. (1996) "New Modes of Control in the Public Sector", *Public Administration*, Vol 74, p 9-32.
- Hugemark, A. (1994a) *Den fängslande marknaden - ekonomiska experter om välfärdsstaten*. Lund: Arkiv, Lund studies in social welfare VIII.
- Hugemark, A. (1994b) "Hur personalen glömdes bort - Ekonomerna i sjukvårdsdebatten 1979-1993", i Gustafsson, R. Å. Red., *Köp och sälj, var god svälj? Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden-Staben (1995) *Från prisstyrning till avtalsstyrning - Förslag till vidareutveckling av den ekonomiska styrmodellen inom sjukvården*. Stockholm läns landsting: HSN-Staben. Rapport från OASEN-gruppen, april 1995.
- Jacobsson, B. (1994) "Reformer och organisatorisk identitet", i Jacobsson, B. (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santéus.
- Johnsplass, N-A. (1998) *Bestiller-Utförermoddellens vekst och fall - En empirisk studie av KommunAktuellt*. Stockholm: SCORE (Stockholms centrum för forskning om offentliga sektorn) Rapportserie 1998:1.

- Jonsson, E. (1993) *Konkurrens inom sjukvården. Vad säger forskningen om effekterna?* Stockholm: Spri.
- Jonsson, E. (1996) *Har betalning per patient givit mer vård för pengarna? -En jämförande utvärdering för perioden 1986-1993.* Stockholm: SPRI förmedlar 4.
- Jonsson, E. (1998) *Hur kan styrningen av sjukvården förbättras?* Stockholm: SPRI rapport 472.
- Jonung, L. (1996) "Inledning", i Jonung, L. (red) *Ekonomerna i debatten -Gör de någon nytta?* Stockholm: Ekerlids förlag.
- Jönsson, B. (1991) "Styrd konkurrens inom hälso- och sjukvården", i Arvidsson, G. & Jönsson, B. (red) *Valfrihet och konkurrens i sjukvården.* Stockholm: SNS Förlag.
- Jönsson, B. (1996) "Making Sense of Health Care Reform", i *Health care Reform -The Will to Change.* Paris:OECD, Health Policy Studies no 8.
- Klein, R. (1995) "Big Bang Health Care Reform -Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service reforms", *Milbank Quarterly*, Vol 73, no 3.
- Korpi, W. (1998) "Tro och vetande i debatten om Sveriges ekonomiska tillväxt: Samhällsvetenskapens objektivitetsproblem i åskådlig form", *Sociologisk Forskning*, Nr 2, 1998.
- Laius, G. (1996) *Analys av förändringsarbetet inom Stockholms läns landsting.* Stockholms läns landsting: Redaktionen för Fakta.
- Landstingsförbundet. (1991) *Vägval - Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden.* Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsrevisorerna (1993) *Analys av vårdmodellen i Stockholmsmodellen. Valfrihet för patienten.* Stockholms läns landsting: Landstingsrevisorerna. Rapport nr 3/93.
- Landstingsrevisorerna (1996) *Beställarstyrningen i Stockholmsmodellen.* Stockholm läns landsting: Landstingsrevisorerna. Rapport nr 20/96 Mars.
- Le Grand, J. (1994) "Evaluating the NHS Reforms", i Robinson, R. & Le Grand, J. (ed) *Evaluating the NHS reforms.* London: Kings Fund Institute.
- Light, D.W. (1997) "From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience", *Milbank Quarterly*, Vol 75, no 3.
- Loewenberg, J. J. (1996) "Industrial Relation Effects of English Health Care Reforms on Doctors", *International Journal of Health Services*, Vol 26, No 4.
- Lundquist, L. (1998) *Demokratins väktare -Ämbetsmännen och vårt offentliga etos.* Lund: Studentlitteratur.

- Maynard, A. & Hutton, J. (1992) "Health care reform: The search for the holy grail", *Health Economics*, Vol 1, No 1–3.
- Maynard, A. (1993) "Competition in the UK National health Service: Mission impossible", *Health Policy*, Vol 23, p. 193–204.
- Oscarsson, B. (1997) *25 år för arbetslivets förnyelse -Forskning och utveckling inom arbetslivsområdet 1972–1997*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Persson, M. (1996) "Professorn i politiken", i Jonung, L. (red) *Ekonomerna i debatten -Gör de någon nytta?* Stockholm: Ekerlids förlag.
- Petersson, O. (1998) *Statsbyggnad -Den offentliga maktens organisation*. Stockholm: SNS.
- Powell, M. A. (1996) "The Ghost of Health Services Past: Comparing British Health Policy of the 1930s with the 1980s and 1990s", *International Journal of Health Services*, Vol 26, no 2.
- Propper, C. & Söderlund, N. (1998) "Competition in the NHS Internal Market: An Overview of its Effects on Hospital Prices and Costs", *Health Economics*, Vol 7, p. 187–197.
- Pålsson Syll, L. (1998) *De ekonomiska teoriernas historia*. Lund: Studentlitteratur.
- Rehnberg, C. (1997) "Sweden", i Ham, C (ed) *Health Care Reform - Learning from International Experience*. Buckingham: Open University Press.
- Rhenberg, C. (1993) "Administrationskostnader inom hälso- och sjukvården", i bilaga 1 i SOU 1993:38 *Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller*.
- Robinson, R. (1994) "Introduction", i Robinson R & Le Grand J, (ed) *Evaluating the NHS reforms*. London: Kings Fund Institute.
- Roosenit, R. (1995) "Styrmodeller upplevda av en sjukhusdirektör", i *Den planerade marknaden -Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7.
- Rossi, P. H. & Wright, J. D. (1984) "Evaluation Research: An Assessment", *Annual Review of Sociology*, Vol 10. Palo Alto: Annual Reviews Inc.
- Rothstein, B. (1994) *Vad bör staten göra? - Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS förlag.
- Rövik, K. A. (1992) "Vitenskap eller moter? -En kunnskapssosiologisk analys av konsulenters organisationskompetens", *Norsk Administrativt Tidskrift*, Årg 73, no 2.
- Sahlin-Andersson, K. (1998) "Mötesplatser som standardiserare", i Brunsson, N. & Jacobsson, B. (red) *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.

- Saltman, R. & von Otter, C. (1992) *Planned Markets and Public Competition*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R. (1994) "A Conceptual Overview of Recent Health care reforms", *European Journal of Public Health*, Vol 4, No 4.
- Socialstyrelsen (1995) *Den planerade marknaden - Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7.
- SOU 1993:38. *Hälso- och sjukvård i framtiden - tre modeller. Rapport från expertgruppen till HSU 2000*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Stockholms läns landsting (1991-02-20) *Förslag till nytt ekonomiskt styrsystem för sjukvården*. Självstyrelseberedningen, Skrivelse (FU 9009-0489).
- Stockholms läns landsting (1994-10-18) *Utvärdering av Stockholmsmodellen*. Landstingskontoret, Finansförvaltningen, Skrivelse (LS 9205-0865).
- Stockholms läns landsting (1994-12-30) *Förslag på plan för fortsatt utvärdering av Stockholmsmodellen*. Landstingskontoret, HSNstaben, Tjänsteutlåtande (LS 9411-0799).
- Svallfors, S. (1996) *Välfärdsstatens moraliska ekonomi - Välfärdsopinioner i 90-talets Sverige*. Umeå: Boréa bokförlag.
- Svensson, H. & Garelius, L. (1994) *Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? - Utvärdering av Stockholmsmodellen*. Stockholm: Spri rapport 392.
- Thompson, F.J. & Riccucci, N.M. (1998) "Reinventing Government", *Annual Review of Political Science*, Vol 1. Palo Alto: Annual Reviews Inc.
- Thorpe, K. E. (1992) "Inside the Black Box of Administrative Costs", *Health Affairs*, Summer 1992.
- von Otter, C. (1995) "Effekter av nya ekonomiska styrsystem för sjukvårdens personal", i Socialstyrelsen (1995) *Den planerade marknaden - Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7.
- von Otter, C. (1999) "Cost control in the Swedish health sector", Powell, F. D. & Wessen, A.F. (ed) *Health care systems in transition. An international perspective*. London: Sage.
- Werkö, L. (1989) "Samma strävanden i England och USA - Mer kvalitetskontroll och bättre information", *Läkartidningen*, Vol 86, nr 28-29, s. 2505-2506.
- Wessen, A. F. (1999) "The comparative study of health care reform", Powell, F. D. & Wessen, A.F. (ed) *Health care systems in transition. An international perspective*. London: Sage.

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

3 Vårdens arbetsmiljöer under 1990-talet – en översikt över genomförda studier

Av Inga-Lill Petterson

En litteratursökning 1998 (se kap. 2) ger stöd för att litteratur, som behandlar vårdens arbetsmiljöer ur aspekten styrssystem är närmast obefintlig under hela 90-talet, ett faktum som i sig är anmärkningsvärt. I detta kapitel definieras en bra arbetsmiljö. Trender i 90-talets arbetsliv relateras till det goda arbetet och behovet av kvalitetssäkring av arbetsmiljön lyfts fram. Därefter görs en genomgång av förändringar som skett under 90-talet av vårdpersonalens upplevelser kring arbetsmiljön och arbetsmiljöförändringar, i de flesta fall utan relation till aspekten styrformer. Ytterst få studier diskuterar kopplingen arbetsmiljö–styrformer. För att i någon mån kompensera bristen, redovisas i kapitel 4 en aktuell vårdarbetsmiljöstudie, baserad på SCB:s arbetsmiljöundersökningar. I studien görs en jämförelse mellan landsting med olika modeller för styrssystem.

I samband med en konferens om de nya ekonomiska styrsystemen (Theorell, Härenstam & Bejerot, 1991), pekar Calltorp redan 1990 på den internationella trenden *"att använda marknadskrafterna i styrningen av sjukvården"*.... att *"personalens situation är det som det egentligen handlar om när man diskuterar nya ekonomiska styrmodeller"* och att vi *"utan någon öppen debatt, utan någon analys egentligen av vad det innebär, nästan fattat beslut om ett ändrat paradigm för svensk sjukvård"* (s. 10). Hallsten påpekar vid samma konferens att *"yrkesutövare i olika positioner bör ha möjlighet att påverka utformningen"* (s. 76) och markerar vikten av förankring av styrssystem även hos personal, som visar mindre intresse för målfrågorna.

3.1 Stöd och hinder för "det goda arbetet"

En god arbetsmiljö utgör grunden för anställdas hälsa och välbefinnande och är indirekt en väg till produktivitet och effektivitet i en organisation. Med "det goda arbetet" menas arbetsmiljöer som är hälsofrämjande för personalen. En indikator på välbefinnande har ofta varit arbetstillfredsställelse (Lindström, 1994; Peterson & Wilson, 1996). Arbetstillfredsställelse har i sin tur samband med en rad olika mått i arbetsmiljön (Pettersson m.fl, 1995). Kalimo (1987) menar att tanken om det goda arbetet bara kan förverkligas om anställda själva deltar och aktivt samverkar med ledning och personaladministratörer.

Vad säger forskningen om "det goda arbetet"?

Mindre optimala psykosociala arbetsvillkor såsom höga krav i kombination med lågt inflytande/låg kontroll över arbetet, begränsade utvecklingsmöjligheter och brist på stöd, har upprepat inom svensk och internationell stressforskning visat samband med sämre välbefinnande och risk för ohälsa bland anställda (Levi, 1994; La Ferla & Levi, 1993; Kalimo m.fl, 1987; Karasek & Theorell, 1990; Theorell & Karasek, 1996; Aronsson, 1989; Undén, 1991; Arbetshälsorapporten, 1995; Pettersson, 1997).

Redan på 60-talet fanns insikten (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959; Herzberg, 1966) att *"det viktigaste för att öka mental hälsa i befolkningen är att öka potentialen för motivation i arbetet"* (1959, s. 137). Positiva känslor i arbetet relaterades enligt Herzbergs intervjustudier till arbetsinnehåll, personlig framgång och utvecklingsmöjligheter, negativa berörde förhållanden runt själva arbetet. Ett flertal studier av arbetstillfredsställelse och produktivitet under 70-talet gav stöd för att en demokratisk ledarstil, självständighet samt möjligheter till lärande och utveckling i arbetet gav mest positiva effekter på både arbetstillfredsställelse och produktivitet (Westlander m.fl, 1995). Kunskap om arbetets psykosociala egenskaper och konsekvenser härrör från tysk kvalifikationsforskning kring arbetets svårighetsgrad och autonomi (Hacker, 1993), från arbetsmiljöforskning som bedrevs av Gardell och medarbetare under 70-talet och från stressforskning, som i Sverige representeras av Levi, Karasek och Theorell och i USA bl.a. av forskning, som genomförts vid NIOSH (Rosenstock, 1997). I samtliga riktningar markeras vikten av hög grad av kontroll (möjlighet att påverka arbetsuppgifter och arbetsprocesser), möjligheter att utnyttja och utveckla kompetens och ett starkt socialt stöd för att hantera höga arbetskrav. Arbetskrav har i Karasekmodellen mätts med frågor om att

arbeta fort och hårt, stor arbetsinsats och tid för att hinna arbetsuppgifter men också motstridiga krav. Hårt arbete definieras av vårdpersonal som alltför höga krav, dvs. en känsla av tidspress, som ger upphov till psykisk, fysisk, kognitiv och social belastning (Ahlberg-Hultén & Härenstam, 1997).

Psykiska krav, kombinerat med en låg kontroll utgör högstressarbete och är en klar riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom (Karasek & Theorell, 1990; Theorell, 1997; Orth-Gomér m.fl, 1997), belastningsbesvär (Johansson, 1994, 1995; Ahlberg-Hultén, 1995; Josephsson, 1996) och psykisk ohälsa inklusive utbrändhet (Schaufeli m.fl, 1993; Söderfeldt, 1997). Internationellt finns ett 20-tal studier publicerade över betydelsen av kontroll för hjärt/kärlsjukdom av vilka 80 procent visar samband (Theorell & Karasek, 1996). Karasek-modellen har senare utökats med brist på socialt stöd, som ytterligare en riskfaktor av betydelse speciellt i kvinnors arbete (Johnson & Hall, 1988). Kontroll innebär enligt Aronsson (1989) inflytande, förutsägbarhet och delaktighet och på en kollektiv nivå delat ansvar och bättre förståelse för samarbetsformer och är en viktig faktor för arbetslivets demokratisering eftersom brist på kontroll skapar oro, rädsla, trötthet och depression, vilket passiviserar till inlärd hjälplöshet (Garber & Seligman, 1980) och vanmakt (Levi, 1998).

Coping (möjligheter att hantera krav), socialt stöd och kontroll utgör skyddsfaktorer eller stödresurser, som modifierar ohälsoeffekter av stressande arbetsmiljöer (Lazarus & Folkman, 1984; Larsson & Setterlind, 1990; Undén, Orth-Gomér & Elofsson, 1991; Johnson m.fl, 1995; deJong, 1996; Söderfeldt, 1997; Petterson, 1997a).

När ca 4000 akademiker i SACO-undersökningen "Akademiker under 90-talet" (Westlander m.fl, 1995) fick ange vad som fr.a. ansågs bidra till "ett gott arbete", prioriterades intellektuell stimulans, frihet/självständighet och möjligheter till nytänkande och initiativ. Lägre prioritet hade riskfri arbetsmiljö, lön och karriärmöjligheter. Ju högre yrkesposition, desto mindre var klyftan mellan idealt och upplevt arbete (Aronsson, Bejerot & Härenstam, 1995). Läkare i SACO-studien, värderade högst intellektuell stimulans, överensstämmelse med egna värderingar samt arbetets värde för samhället. Tandläkare i offentlig sektor prioriterade på likartat sätt. Medan läkare i stort ansåg dessa aspekter uppfyllda, ansåg 40–50 procent av tandläkarna att de flesta av dessa egenskaper saknades i deras arbete (Bejerot, 1998). En generell slutsats från SACO-studien var att det goda arbetet uppnås genom en arbetsorganisation och ledarstil, som tillvaratar och optimalt utnyttjar personalens initiativkraft och kompetens snarare än med generell kompetensutveckling.

Arbetsorganisationens och ledarskapets betydelse

Tidigare organisationsforskning har primärt betonat organisationens och ledarskapets betydelse för produktiviteten. Arbetsorganisatoriska faktorer har i stress- och arbetsmiljöforskning alltmer bekräftats som viktiga för samspelet mellan arbetskrav och personalens hälsa och välbefinnande (Arnetz m.fl, 1997; Petterson, 1997; Arbetshälsorapport, 1995; Piedmond, 1993; Ramirez m.fl, 1995). Vårdpersonalens upplevelse av ledarskap samvarierar starkt med hur man upplever socialt klimat, återkoppling, måltydlighet och effektivitet (Arnetz m.fl, 1997). Organisation och arbetsbelastning är högprioriterade som områden för förbättringar i vårdarbetsmiljön av läkare medan förbättrat arbetsklimat och ökade utvecklingsmöjligheter värderas högre av sjuksköterskor (Petterson & Arnetz, 1997b).

En sammanfattande tolkning av olika studier är att arbetsorganisation anpassad till patientverksamhet bör utvecklas i dialog med berörd vårdpersonal och inriktas på att utnyttja och utveckla kompetens i linje med anställdas behov och verksamhetens målsättning, förbättra samarbete och samverkan över yrkes- och verksamhetsgränser, ge medarbetare inflytande och befogenheter i relation till krav och ansvar, öka kontrollen över egna arbetsuppgifter och utveckla ett stödjande socialt klimat. Arbetsmiljö kvaliteten i vården kräver därför lyhört ledarskap, välinformerade medarbetare och tydlig gemensam målsättning för verksamheten. En ständigt pågående dialog mellan chef och medarbetare utgör basen för hög verksamhetskvalitet.

Stressprocessen på organisationsnivå, förklarad utifrån en helhetsyn (Cox & Leiter, 1992; Cartwright & Cooper, 1996; Leiter 1991; Cox, Kuk & Leiter, 1993), innebär att vårdkvalitet ses i ett organisatoriskt sammanhang där hälsa och välbefinnande hos vårdpersonalen till stor del beror på hur organisation och ledarskap fungerar. Stress uppstår som en konsekvens av glapp mellan resurser och krav i organisationen och utbrändhet hos personalen utgör en indikator på organisatorisk ohälsa. Organisatorisk hälsa å andra sidan speglas i starkt engagemang hos personalen, som bidrar till hög produktivitet och effektivitet samt minskade kostnader för anställdas ohälsa, sjukfrånvaro och personalomsättning. Inom näringslivet inser man allt tydligare, med stöd i organisations- och ledarskapsforskning, en koppling mellan anställdas hälsa och arbetstillfredsställelse och ökad effektivitet och produktivitet i organisationen.

Eckerlund m.fl. (1994) diskuterar brister i sjukvårdens produktivitet och effektivitet och påpekar att hög produktivitet inte alltid innebär hög effektivitet i den bemärkelsen att det leder till hög vårdkvalitet. Man framför bristande helhetssyn som ett skäl och påpekar att höga vård-

kostnader inte säger något om hur resurser används eller om vårdresultatet. Till sjukvårdens resurser hör personalen och personalens insatser har betydelse för såväl produktivitet som effektivitet. För att vårdarbetet ska leda till hög kvalitet, krävs förutom lämplig sammansättning av kompetens hos personal för de aktuella arbetsuppgifterna, också engagemang, arbetstillfredsställelse och hälsa, vilket uppnås genom det goda arbetet, dvs. utnyttjande och utveckling av kompetens, ökat beslutsutrymme med befogenheter i relation till ansvar och krav samt socialt stöd i ett fungerande samarbete mellan personalkategorier.

Samarbetet mellan personalkategorier i vården försvåras av olika yrkeskulturer och en djupt rotad hierarki med skillnader i yrkesstatus och makt (Gustafsson & Antman, 1996; Pingel & Robertsson, 1998). Lågstatusyrken i vården är ofta kvinnoyrken. Stress ökar idag mer markant för kvinnor än för män och undersköterskor och vårdbiträden är kvinnoyrken med högre risk än andra yrken för belastningsskador, psykosociala arbetsskador och hög sjukfrånvaro. Utmärkande för kvinnoyrken med lägre status är låg delaktighet och brist på kontroll (Härenstam m.fl., 1996), vilket vid en allt hårdare press i arbetslivet kan leda till passivitet och vanmakt till skada för både demokrati och folkhälsa (Levi, 1998).

Att det finns ett klart samband mellan vårdkvalitet och vårdpersonalens arbetsmiljö framgår av studier 1995 och 1997 på Örebro Regionsjukhus (Arnetz, m.fl., 1997; Arnetz & Arnetz, 1996; Arnetz, Arnetz & Petersson, 1998). Patientskattningar av personalens arbetsmiljö har samband med patientskattad vårdkvalitet men också med personalens bedömning av egen arbetsmiljö. Patienternas skattning av personalens arbetsmiljö har försämrats över tid. Ett negativt samband har också påvisats mellan personalens arbetsbelastning och hur man bedömer den vårdkvalitet man kan erbjuda patienten. Samtidigt har vårdpersonalens arbetsbelastning ökat markant från 1995 till 1997 och på kliniker där arbetsbelastningen är högre värderar också patienterna vårdkvaliteten lägre. Ett sätt att gynna hög vårdkvalitet för patienterna är således att erbjuda personalen hälsofrämjande vårdarbetsmiljöer och finna former för att stödja personalens copingresurser (Pettersson, 1997).

Signalerna och motkrafter

Utvecklingen i vården och i svenskt arbetsliv under 90-talet har, liksom i andra västländer, präglats av svag ekonomi med strukturförändringar, vilket lett till omorganisationer för ökad effektivisering. Förändringstakten har varit hög och övertidsarbete, otrygghet och arbetslöshet har

ökat. Detta har orsakat omställningsstress och indikatorerna för "det goda arbetet" pekar i fel riktning med sämre kontroll, brister i socialt stöd, identitetshot och ökad sårbarhet hos personalen (Aronsson, 1996). I Sverige har arbetslösheten stigit markant från 1991, framför allt för yngre, vilket förutom att öka genomsnittsåldern i arbetslivet, i hög grad drabbat kvinnor inom offentlig sektor. I en studie av konsekvenser av den offentliga sektorns strukturomvandling under 1990-93, menar Gonäs, m.fl. (1995) att personalreduceringar är en konsekvens av organisationsförändringar beroende på att *"ett av målen med förändringarna är just att samordna och effektivisera verksamheterna så att mindre personalitet krävs"*...samt att... *"konkurrensutsättning av verksamheterna från privat håll tillmäts en stor betydelse då det sägs leda till högre produktivitet och med det lägre kostnad"*. Vid varsel och omorganisationer skadas även stödresurser som socialt klimat, stöd och nätverk, vilket negativt påverkar omställningsprocessen med brister i kontinuitet och arbetsrutiner och skuld känslor bland den personal som fått stanna kvar på bekostnad av arbetskamrater (Aronsson & Sjögren, 1994; Petterson, 1998).

Arbetshälsorapporter (1991, 1995) från Yrkesmedicinska enheten om förvärvsarbetande i Stockholms län visar att utvecklingen generellt går mot ett polariserat samhälle med kvantitativ överbelastning för arbetande och understimulering för arbetslösa. Arbetsmiljön lyfts fram som en välfärds- och rättvisefråga. Ökning i sjukfrånvaro, arbetsskador och förtidspensioneringar bekräftar belastande arbetsmiljöer och ogynnsam arbetsorganisation som ett samhällsekonomiskt såväl som ett individuellt problem. Snäva organisationer, hög förändringstakt och högt arbetstempo utan tid för reflektion kan ge konsekvenser för hela samhället. Flera värddyrken utgör riskyrken med psykosocial belastning och ohälsokonsekvenser. En ökande andel människor med sämre psykisk hälsa utanför arbetslivet talar vidare starkt för att lågkonjunkturen inneburit att människor med redan sämre hälsa i större utsträckning fått lämna arbetslivet. Man betonar vikten av att värdera arbetsmiljöaspekter vid strukturförändringar i arbetslivet och varnar för risken för att utslagning av individer med sämre hälsa också kan dölja effekter av det "onda arbetet".

Med stöd i arbetsmiljö-, folkhälso- och stressforskning, kan man förvänta att omorganisationer och strukturförändringar av hälso- och sjukvården kommer att påverka både enskilda individer, arbetsgrupper och arbetsorganisationen (Todd, 1987; Cox & Leiter, 1992). Vi känner till från tidigare studier (Brenner & Levi m.fl, 1987) att hot om arbetslöshet innebär hög stress och att varsel och arbetslöshet drabbar såväl berörda som den personal, som stannar kvar i organisationen med känslor av otrygghet, splittrade arbetsgrupper och revirtänkande. Stres-

sen leder till försämrad hälsa och välbefinnande, minskat självförtroende och effekter på kardiovaskulära riskfaktorer och immunförsvar.

Upplevelse av nedskärningar, hot om permittering och risk för arbetslöshet har varit omfattande för alla vårdanställda. Detta framgår av den studie, redovisad i kapitel 4, som jämför Stockholms läns landsting med en grupp av 13 traditionellt styrda landsting. Även om skillnaderna mellan vårdpersonalen i Stockholm och traditionellt styrda landsting inte är särskilt stora, kan man dra slutsatsen att upplevda nedskärningar och permitteringshot inte varit mindre i traditionella landsting men att arbetstakt och arbetsbörda snarare haft en något sämre utveckling i Stockholms läns landsting under 90-talet. Detta skulle snarast tala för att andra orsaker utöver nedskärningarna bidragit till den negativa utvecklingen.

Ökad förändringsoro, minskad trygghet och ökad risk för arbetslöshet speglas i studier av vårdorganisationer över tid. På ett svenskt regionsjukhus ökade oron för förändringar 1994 till 1995 från 76 till 85 procent. Upplevd stor risk för att bli arbetslös ökade under samma period från 29 till 40 procent. Minskad trygghet senaste året upplevde 66 procent 1994 medan motsvarande siffra 1995 var 76 procent. När samma fråga tidigare ställts på ett stockholmssjukhus 1992-93 upplevde 57 procent att tryggheten minskat under senaste året (Pettersson, 1997; Pettersson & Arnetz, 1996). En slutsats som Arnetz & Petersson drar i Läkartidningen (1997) är att *"en stor del av den stress som idag råder inom vården beror på ständiga omstruktureringar utan att ledningen förmår klargöra hur dessa förändringar relaterar till mer övergripande frågor"* och att den ökade arbetsmiljöstressen i förlängningen leder till ohälsa för både personal och patienter.

Hög arbetsbelastning och krav på föränderlighet, som ej är förankrad i personalens grundtrygghet och inflytande uppfattas som hot och leder till stressreaktioner, passivitet och till allmänt förändringsmotstånd (Aronsson & Sjögren, 1994). Aronsson varnar för att *"pågående nedskärningar kommer att tangera gränserna för människors förmåga att hantera förändringarna"* och att *"de alltför snäva organisationerna tycks inte bädda för ökad produktivitet"* (SvD 14/1 1997). Det finns en risk för att försämrad arbetsmiljö i förlängningen leder till sämre vårdkvalitet. På sikt kan detta försämra hälsan för vissa grupper i vården och ur ett folkhälsoperspektiv leda till större hälsogap mellan socioekonomiska grupper. De ökade klyftorna har förstärkts av nya regler som förändrat mönstren i sjukskrivnings- och förtidspensioneringsstatistiken. Sjuknärvaron ökar och allt oftare utnyttjas ledighet i stället för sjukskrivning vid korttidssjukdom. Långa sjukskrivningar har ökat under det senaste året (Hertting, 1998).

Tendenser liknande de svenska framgår i studier av omfattande förändringar i finska hälso- och sjukvårdssystemet med stora nedskärningar i resurser och service under 90-talet (Lindström m.fl., 1994; Sinkonen, 1994). Känslor av osäkerhet, stress, oro och rädsla för att förlora jobbet blandas med konflikter och påfrestning orsakade av att yrkesgrupper och organisationer från olika arbetskulturer blandas. Man efterlyser ett nytt ledarskap, som kan kommunicera, stödja och informera för att hantera negativa konsekvenser av förändringarna. Preliminära resultat från stora pågående studier av sjukvårdspersonal i Finland (Kivimäki, Hufvudstadsbladet, 981203) tycks bekräfta att den allt hårdare arbetstakten påverkat arbetshälsan och orsakat ökad psykisk ohälsa och sjukfrånvaro och ökat risken för misstag i arbetet. Sparbeting och personalnedskärningar tycks inte ha lett till avsedda besparingar utan snarare till ökad sjukfrånvaro bland personalen som följd av den höga arbetstakten.

Forskningen har allt tydligare bekräftat det goda arbetets betydelse för en förbättrad arbets- och folkhälsa. Signalerna i vården och i samhället under 90-talet utgör snarast motkrafter mot det goda arbetet. Att främja personalens hälsa är av samhällsekonomiskt intresse även som en väg till ökad produktivitet och effektivitet i organisationen. Vårdarbetsmiljöns betydelse för vårdkvaliteten behöver ökad uppmärksamhet. Vården har en uppgift att statuera det goda exemplet och erbjuda hälsofrämjande arbetsplatser för en förbättrad folkhälsa.

3.2 Kvalitetssäkring av arbetsmiljön

Arbetsmiljökvalitet förtjänar större uppmärksamhet. En sämre vårdarbetsmiljö utgör en risk för såväl personal som patienter. I en helhetsyn på vården bör därför arbetsmiljökvalitet vara en aspekt i den övergripande utvärderingen av vårdens kvalitet. I diskussionen om kvalitetskriterier har dock kvalitetsaspekten på personalens arbetsmiljö försvunnit.

Statens ansvar och goda ansatser

Arbetsmiljölagen (1977:1160; prop 1993/94:186) lagstadgar den arbetande befolkningens rätt till en god arbetsmiljö genom att markera att *"arbetsorganisation och arbetsinnehåll ska vara fysiskt och psykiskt säkert och erbjuda möjligheter till variation, sociala kontakter, samarbete och sammanhang mellan arbetsuppgifter, samt ge möjlighet till*

personlig och yrkesmässig utveckling, självständighet och professionellt ansvar”.

På regeringens initiativ tillsattes 1988 Arbetsmiljökommissionen med uppdraget att föreslå åtgärder för att förbättra arbetsförhållanden som orsakade skada och ohälsa. I kartläggningsgruppens rapport (1989) om arbeten utsatta för särskilda hälsorisker, uppmärksammades särskilt vårdrkna som stressyrken med bristfälliga arbetsmiljöer för både män och kvinnor, kvalificerad såväl som okvalificerad personal med hög sjukfrånvaro, förtidspensioneringar och vissa riskgrupper för hjärtinfarkt och suicid. Tåhlins (1989) slutsats i kapitlet om psykosociala arbetsvillkor är att det är *”uppenbart vilken typ av förändring inom arbetslivet, som skulle kunna ha gynnsamma följder för löntagarna vad gäller utsattheten för stress, nämligen att vidga utrymmet för självständiga beslut så att de anställda kan utöva en större kontroll över sin arbetssituation”*...och att, med hänvisning till relationen mellan krav och kontroll, *”effektivitet och produktivitet i arbetet förmodligen kan upprätthållas bättre genom ett vidgande av de anställdas beslutsutrymme än genom en sänkning av kraven”* (s. 25).

Arbetslivsfonden (ALF), som tillkom 1990 baserad på arbetsmiljöavgifter från arbetsgivarna under perioden 1989–1990, har fördelat 12 miljarder kr till stöd för arbetsmiljöförbättrande åtgärder och utveckling av arbetsplatser lokalt. En stor del av dessa medel har kommit vården till del. En genomgång (Pingel & Robertsson, 1992) visade att det saknas systematisk hantering av arbetsorganisatorisk forskning och den förändringsverksamhet, som sker i landstingen samt att resultatet inte förs ut i verksamheten. 60 procent av lokalt förändringsarbete saknar utförlig redovisning. Arbetslivsfondsprojekten har sällan utvärderats med avseende på effekter på arbetsmiljön. En utvärdering av lokala projekt i Stockholms läns landsting (Brunnberg m.fl., 1996) pekar i stället på vikten av förankring av organisatoriska förändringar hos berörd personal, aktiv medverkan av de anställda och tid och utrymme i organisationen för att befästa förändringar, resultat som får stöd även i andra interventionsstudier (Pettersson & Arnetz, 1998).

1990 startade vid dåvarande Arbetsmiljöinstitutet, numera Arbetslivsinstitutet, ett forskningsprogram för Sjukvårdens arbetsmiljö (SAM) (Hagberg, m.fl., 1990) med syftet att främja hälsa för vårdpersonal med satsning på *”den goda arbetsmiljön”* samt att identifiera och eliminera riskfaktorer. Ett annat stort program, MUSIC (Musculoskeletalt Interventionscentrum), har byggts upp i samarbete mellan Yrkesmedicinska enheten och Arbetslivsinstitutet (Hagberg & Hogstedt, 1991), för att kartlägga och åtgärda belastningsbesvär och sjukdomar i Stockholm bl.a. för vårdpersonal. Organisationsfaktorer och fysiska arbetsmiljöns

betydelse för belastningssjukdomar har rapporterats (Josephsson, 1996; Toomingas, 1996; Ahlberg-Hultén, 1995).

I samarbete mellan Yrkesmedicinska enheten i Stockholm och Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Örebro, pågår 1995–98 ett metodutvecklingsarbete inom MOA-projektet (Moderna arbetsvillkor och angränsande livsvillkor för kvinnor och män). Projektet syftar till att utveckla nya mätmetoder inom arbetsmiljöforskningen, som bättre kan spegla upplevelser av pågående arbetslivsförändringar. Bl.a. pågår studier i vården (Härenstam m.fl, 1998).

Resultat från en enkät bland LO:s skyddsombud 1995 jämfört med en liknande enkät 1980, visade en förbättrad fysisk arbetsmiljö över tid men ger stöd för att psykosociala problem, arbetsbelastning och stress i jobbet liksom oron för att förlora jobben har ökat (LO, 1996). Från arbetsgivarhåll har man i stället framhållit arbetsmiljöarbetets betydelse som konkurrensfaktor genom att en förbättrad arbetsmiljö leder till mindre sjukskrivning och ökar produktiviteten.

Rättviseutredningen (1996) har pekat på att arbetsgivaren måste få ekonomiskt incitament för att förbättra arbetsorganisation och arbetsmiljö då *"Ohälsan medför stora kostnader för individ och samhälle. Dessa måste i första hand förhindras genom att arbetsorganisation och miljö förbättras"*.

Internkontroll (ASF, 1996:6) innebär kvalitetssäkring av arbetsmiljön och ger arbetsgivaren ansvaret att systematiskt leda, kontrollera och planera arbetet enligt lagens intentioner, vilket sker genom att verksamheten styrs i riktning mot tillfredsställande arbetsmiljö med balanserad arbetsfördelning, målorientering, viljeinriktning, engagemang, stimulans och ledarskap. Internkontrollen har vidgat arbetsmiljösynen eftersom lagen numera omfattar arbetsorganisation och utveckling i arbetet. Eftersom samband arbetsorganisation, inflytande över arbete och hälsa kombinerat med höga krav, högt tempo och små påverkansmöjligheter utgör stora hälsorisker, har kraven på internkontroll ökat. Kraven gör att arbetsmiljöarbetet alltmer integreras i verksamheterna med kartläggningar, vilket dock inte konsekvent leder till förbättringsåtgärder.

Yrkesinspektionen (YI) bevakar att internkontrollen genomförs på arbetsplatserna med huvudinriktningen att *"uppmärksamma arbetsgivarna på deras särskilda ansvar för arbetsmiljön i allmänhet och i synnerhet för sådana arbetsmiljöfrågor vilka är kopplade till problem av organisatorisk, psykosocial eller belastningsergonomisk karaktär"*.

Oroväckande signaler från vården

Yrkesinspektionen (YI) har under 90-talet gjort allt fler påpekanden inom vården. Yrkesinspektionens verksamhetsrapport för 1995/96 (1997) visar att högsta andelen besök gällde internkontroll, arbetsorganisation, arbetsmetoder. Kraven inom dessa områden har ökat under den senaste 10-årsperioden. Möjligheten att följa förändringar över hela 90-talet begränsas av att det saknas helt jämförbara mått. Statistik från 1996-98 (Lars Holmlund, ASS, personlig kommunikation) kring Yrkesinspektionens arbete, visar dock att antalet inspektionsmeddelanden i vården/100 besök under 1996 och 1997 legat något under motsvarande värden för samtliga verksamhetsområden. Statistik från första halvåret 1998 visar att kvoten för första gången är högre i hälso- och sjukvården än för andra verksamheter. Såväl antal krav som antal inspektionsmeddelanden med krav har ökat i vården jämfört med annan verksamhet under 1998. Inspektionsbesök i vården har proportionellt ökat något men mindre än kraven. Antal krav ökar i relation till antal besök från 1996 till 1998 såväl inom hälso- och sjukvården som inom andra näringsgrenar men proportionellt mer i hälso- och sjukvården.

Siffror från Yrkesinspektionen i Örebro, ett av Sveriges 11 distrikt (Christina Engman, personlig kommunikation), visar en liknande trend som landet i stort. Man ser effekter av det gränslösa arbetet och tillplattade organisationer. Ett mönster i ökade sjukskrivningar bland vårdpersonal och särskilt mellanchefer inom vården relaterar till känslan av utanförskap och arbetsrelaterad ångest. Sjukskrivningar av psykosocial ohälsa är ofta långvariga. Man efterlyser från Yrkesinspektionen forskning om ohälsoeffekterna av förändringarna på 90-talets arbetsmarknad (Yrkesinspektionen Örebro, 1998 a). Det förändrade arbetslivet kräver komplettering med nya mått och metoder. Yrkesinspektionen och försäkringskassan i Örebro utvecklar för närvarande metoder för systematiska studier (Yrkesinspektionen Örebro, 1998b).

Ca 40 000 inspektioner genomförs i år på arbetsplatser i landet. Man ser anledning att alltmer prioritera området psykiska och sociala förhållanden. Krav mot arbetsgivaren, som berör psykosociala frågor i arbetsmiljön har ökat från 2,9 procent 1996 till 5,1 procent 1997. Under första halvåret 1998 hade motsvarande siffra ökat till 7,5 procent. Siffror från Örebrodistriktet visar att relaterat till antal inspektionsbesök, ökar kraven i hälso- och sjukvården från 1997 till 1998 medan kvoten t.o.m. minskar för andra verksamheter. Antalet besök i vården i förhållande till totala antalet arbetsplatsbesök ökade 1997-1998 från 3 till 6 procent. Samtidigt ökar andelen krav i vården av totala antalet krav från 2 till 6 procent. Kraven berör huvudsakligen belastnings-skador, psykosociala förhållanden, olycksfall och internkontroll. För

vart och ett av dessa områden ökar kraven i hälso- och sjukvården i proportion till andra verksamhetsområden.

Statistik över arbetsskador och arbetssjukdomar för hälso- och sjukvårdsanställda i Stockholmsdistriktet under perioden 1993-1996 (J. Hallström, 1998; Arbetsskaderapport, 1998) visar att undersköterskor, sjuksköterskor och mentalskötare, framför allt kvinnor står för flest anmälda arbetsolyckor i vården med en ökande trend särskilt för sjuksköterskor. Stickskador och våld har blivit allt vanligare som anmälda arbetsskador. Arbetssjukdomar visar en ökande trend för sjuksköterskor och läkare under perioden 1993 till 1996. Arbetssjukdomar av psykosociala skäl (sociala och organisatoriska orsaker, omorganisation och hög arbetsbelastning) är betydligt högre 1995-96 jämfört med 1993-94.

En belastande arbetsmiljö kan, förutom att öka risken för arbetsolycksfall och arbetssjukdom bland vårdpersonalen, också påverka vårdkvaliteten genom ökad risk för misstag och felhandlingar. Läkare anmäls oftare för felhandlingar till instanser som Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) än annan vårdpersonal. Arnetz (1998 a) drar slutsatsen att arbetsmiljöns betydelse för tillbud och incidenter i vården är underskattad. Jämfört med andra verksamhetssektorer har vårdens anställda högre stressnivå, högre arbetsbelastning och tidspress och mer oklar arbetsorganisation. I tider av nedskärningar och omstruktureringar ökar stress och utbrändhet, vilket ökar risken för felhandlingar. Läkare på ett svenskt sjukhus, vilka varit föremål för anmälan, skattar arbetsbelastning och stressnivå högre än ej anmälda kollegor (Arnetz, 1998 a).

Negativa signaler om försämrad arbetsmiljö kommer även från personal inom ambulanssjukvården. Från en kartläggning (Hedlin & Petersson, 1998; Åsheden, 1998) av samtliga ambulansstationer i 18 län (drygt 3000 anställda) rapporteras upplevelser av osäker framtid, brist på stöd och uppmuntran, bristande inflytande, missnöje med arbetstider och dåliga relationer mellan anställda. En av fyra ambulanssjukvårdare anger sig under senaste halvåret ha råkat ut för tillbud eller olyckor i arbetet, framför allt i Stockholm, där 48 procent anger minst en gång. Ca 1/3 rapporterar sämre arbetsmiljö, såväl fysisk som psykosocial. Stockholm tillhör de län, där ambulanssjukvårdens personal uppgett mest fysisk och psykisk arbetsbelastning. Ett starkt samband finns mellan psykosocial arbetsmiljö och psykiska eller psykosomatiska besvär. 30 procent av dem som uppger dålig psykosocial arbetsmiljö, uppger sådana besvär jämfört med 4 procent av övriga. Endast hälften av de anställda tror att de arbetar kvar inom ambulanssjukvården om 10 år. Kvinnor anger oftare än män arbetsmiljön som skäl.

För att förebygga stress, skador och misstag i vården krävs en fortlöpande uppföljning och utvärdering av arbetsmiljön och arbetsmiljöns förändringar och de konsekvenser förändringarna medför för personalens hälsa. Yrkesinspektionen har påtalat behov av nya kompletterande mått för att mäta de förändrade arbetsvillkorens effekter. Även företagshälsovården – en möjlig resurs i detta arbete – har varit föremål för förändrad arbetsorganisation under 90-talet. En pågående reduktion av verksamheten har lett till stora personalnedskärningar, bl.a. beroende på minskade statsbidrag från 1 januari, 1993. Den traditionella företagshälsovården har minskat i omfattning såväl vad gäller kundunderlag, omsättning som antalet anställda efter 1992. Personalen har minskat med ca 25 procent, kundunderlaget med ca 10 procent (Företagshälsovården idag, 1997).

3.3 Förändringar i vårdens organisation och personalstruktur

Stora förändringar inom svensk hälso- och sjukvård under senaste decenniet har flera orsaker, en accelererande medicinsk och teknisk utveckling, ökade krav på tillgång till vård från patienter, genomförande av nya styrsystem och ekonomiska besparingskrav. Förändringar orsakade av krympande ekonomi, tekniska landvinningar inom informationsteknologin och ökad konkurrens på arbetsmarknaden har generellt präglat 90-talet i svenskt arbetsliv. Sämre ekonomiska förutsättningar har lett till en strävan efter ökad produktivitet och effektivitet såväl inom privat som offentlig sektor. Förändringstakten har varit hög.

Olika förändringar och processer har pågått samtidigt under hela 90-talet såväl inom som utanför vårdsektorn och dessa förändringar, var och en för sig, kan förväntas påverka personalens arbetsmiljö. De förändrade styrsystemens betydelse för vårdarbetsmiljön är svårt att skilja från effekter av andra pågående förändringar som indirekt relaterar till de organisatoriska, t.ex. besparingskrav och en effektivitetssträvan, som medfört omfattande personalnedskärning och arbetslöshet men också medverkat till en ökad arbetstakt för dem som stannar kvar i organisationen. Det bör också påpekas att vården har många arbetsmiljöer och att effekterna kan se olika ut på olika nivåer och för olika yrkesgrupper.

Faktiska förändringar under 90-talet

I början av 90-talet fanns behov av en översyn av hälso- och sjukvårdens arbetstider, kompetens, arbetsorganisation, ledarskap, ekonomi och löner. Den ekonomiska situationen, den snabba medicinsk-tekniska utvecklingen, en åldrande befolkning och ökade krav på vårdtillgänglighet ledde till en ökad rationaliseringstakt. Förändringarna innebar bl.a. ett decentraliserat budgetansvar till kliniknivå på sjukhusen, införande av alternativa styrformer i många landsting och konkurrensutsättande av delar av vården, i större eller mindre omfattning i olika landsting. I de flesta landsting ökade möjligheterna till kompetensutveckling och till en början även tillgängligheten till vård (Landstingsförbundet, 1991, 1995, 1996 a, b).

Den resursmässigt minskande verksamheten i vården under 90-talet har inneburit omplaceringar, varsel och uppsägningar med stor personalreducering för landstingen totalt sett under 1991–1997 (Tabell 9). 75 000 har skurits bort från hälso- och sjukvården i besparingssyfte. En ytterligare minskning av 109 000 landstingsanställda 1991–97 beror på överföring av äldreomsorg (ÄDEL-reformen, 1992) och psykiatrisk verksamhet (Psykiatrireformen, 1994) till kommunen. Med en minskning av anställda (bortsett från överförda till kommunen) med 18 procent 1991–1996 och en ytterligare förväntad minskning med 25 000 fram till år 2000, har landstingens personal skurits ner med 24 procent. 1997–98 dämpades nedskärningarna något med tillförande av extra medel till vården.

Tabell 9 Minskning av landstingsanställda i Sverige under 90-talet och förväntad reducereing 1997–2000.¹

År	Antal anställda	Minskning antal
1990	435 000	
1991	425 000	-10 000
1992	343 000	-82 000
1993	322 000	-21 000
1994	308 000	-15 000
1995	273 000	-34 000
1996	250 000	-23 000
1997–2000	225 000	-25 000

Källa: Landstingsförbundet, 1996.

1) Ej justerat för ÄDEL-reformen (66 000 t.o.m. 1992 och 43 000 under perioden 1993–96).

I början av 90-talet arbetade en av 10 anställda i landet inom hälso- och sjukvårdssektorn när en bantning påbörjades 1992. Sjukvårdsbiträde

var ett av de vanligaste yrkena fram till 1990 men har alltmer ersatts av undersköterskor. Nedskärningarna har främst berört omvårdnadspersonal (undersköterskor, vårdbiträden) och servicepersonal. Antalet läkare har stadigt ökat från 1991 till 1996 och sjuksköterskor har ökat något lite sedan 1992 medan övriga personalkategorier har minskat. Därigenom har proportionen läkare och sjuksköterskor tillsammans ökat från 21 till 32 procent av den totala landstingspersonalen under perioden 1991 till 1996. Statistiskt visar detta en kompetenshöjning inom vården. Något motsägelsefullt har omvårdnadspersonal krympt i takt med ökade krav på omvårdnad och service för ökad vårdkvalitet, vilket gör att den formella kompetenshöjningen i praktiken kan innebära sämre kompetensutnyttjande om högutbildade yrkesgrupper utför nödvändiga arbetsuppgifter, som kräver "lägre" kompetens (Gonäs m.fl, 1995). Antalet "händer" har minskat kraftigt i vården. Detta beror delvis på ökad medelarbetstid per anställd men också på den förändrade personalstrukturen. Nedskärningarna har berört lågavlönad personal och därför ett större antal personer för att uppnå den nödvändiga kostnadsreduceringen.

Största personalreduceringen inom landstingen har genomförts i Örebro och Stockholms läns landsting som båda infört nya ekonomiska styrsystem i någon form.

Syftet med organisationsförändringarna har varit förbättrad folkhälsa, större personalinflytande, bättre resursutnyttjande och högre vårdkvalitet. Omorganisationen för Stockholms läns landsting har inneburit (Laius & Åberg, 1992; 1993a, b) konkurrens mellan enheter, valfrihet för kunden/patienten med decentralisering av ansvar och befogenheter, ny förvaltningsorganisation, nya sjukvårdsområden, nya ekonomiska styrformer med enhetsvis resultatuppföljning och nya informationskanaler, som syftar till en helhetssyn på arbetet, ökade möjligheter till inflytande och utveckling för personalen, ökad återkoppling i arbetet, bättre möjligheter att se resultat av verksamheten och bättre kvalitet. En maktförskjutning kan enligt författarna förväntas påverka personalens arbetsförhållanden på alla nivåer i organisationen oberoende av yrke men man förutspår att de *"största förändringarna kommer egentligen att ske på lägsta nivån i organisationen"* (1992, s.29). Stockholmsmodellen skiljer mellan beställare och utförare (producenter) och kliniker ersätts per prestation. Interndebitering sker mellan kliniker. Sedan 1993 omfattas hela Stockholms sjukvård utom psykiatri och geriatrik av köp-sälj-modellen (Forsberg & Calltorp, 1993).

Förutom nedskärningar och omflyttningar av personal har nya ekonomiska och administrativa styrsystem prövats i många landsting med varierande modeller för marknadsanpassning och konkurrens.

Studier visar att trots personalminskningar i alla undersökta kommuner och landsting (Gonäs m.fl, 1995), finns stora skillnader i såväl organisations- som sysselsättningsförändringar. Reformen, som överfört ansvaret för delar av vård och omsorg till kommunerna, har vid sidan av övriga förändringar skett under 90-talet.

Konsekvenser för vårdpersonalen

Organisationsförändringar, oavsett om de primärt syftar till ökad produktivitet, effektivitet och konkurrens eller till förbättrad arbetsmiljö och hälsa för personalen, inverkar såväl på effektivitet som på anställdas arbetsförhållanden (Härenstam & Bejerot, 1995).

En hög takt i förändringar i vården har inneburit ökade krav på omställning och anpassning med stresseffekter på individer. Arbetsuppgifter har förändrats med ökade krav på nya kunskaper. Arbetsuppgifterna i vården tycks inte ha minskat i takt med att personal slutat utan i stort sett samma arbete förväntas bli utfört med färre personal, varför en högre arbetsbelastning kan förväntas. Hög arbetstakt och tidspress, som inte tillåter återhämtning, medför en ökande risk för utbrändhet och arbetsrelaterade stressjukdomar. Vårdanställda, som saknar uppbackning i form av stöd och kompetens för att hantera nya krav hamnar i riskzonen.

Intervjuer av vårdpersonal (Härenstam m.fl, 1996) kring de moderna arbetsvillkoren har pekat på att nedskärningarna har resulterat i osäkra yrkesidentiteter, motsättningar mellan yrkesgrupper och ökad press på socialt samspel snarare än samarbete mellan yrkesgrupper men också i bristande sammanhang i arbetssituationen. Förändrade arbetsuppgifter har lett till att administration, information och dokumentation utgör stor del av vårdarbetet. Endast 35 procent av sjuksköterskors och läkares arbetsuppgifter består av patientarbete medan den personal, som har mest patientarbete är undersköterskorna (72%), dvs. den grupp, som beskriver mest. Chefssjuksköterskors arbetsuppgifter består till 70 procent av personaladministrativt arbete. Arbetstakten är hög för såväl läkare som sjuksköterskor och undersköterskor. Bristen på personal och korta vårdtider upplevs som hinder för personalen att utföra arbete som leder till hög vårdkvalitet. Möjligheten att påverka upplevs styrd av fasta rutiner. Tidspress, oklart ansvar, snabbt beslutsfattande samt personalkategoriernas beroende av varandra försvårar kontroll över arbetstider, utveckling och resurser.

Pappersarbete, oklara roller och ansvarsområden, motstridiga direktiv, kontaktproblem och bristande kompetensutnyttjande angavs som vanliga hinder. Framför allt upplevs de ständiga förändringarna som

hinder för en effektiv verksamhet. Drivkrafterna utgörs av motivation och patientens bästa men utrymmet att göra nytta upplevs allt trängre och man uppger en minskad tillit. Många upplever rädsla för utbrändhet, felhandlingar och försämrad vård för patienten. Frustrationer hanteras antingen genom öppna konflikter och revirbevakning eller flykt i form av sänkt ambitionsnivå eller funderingar på att sluta sitt arbete. Följderna är i båda fallen sämre arbetsklimat, minskad effektivitet och lägre välbefinnande (Härenstam m.fl., 1996).

Arbetsmiljöer i vården är många och effekterna kan se olika ut för olika yrkesgrupper. I en studie om yrkesidentitet i vården menar (Pingel & Robertsson, 1998) att den hierarki, som man på 80-talet såg som utmärkande för sjukvårdens arbetsorganisation består. Från observationer, dagböcker och intervjuer av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, drar författarna slutsatsen att samtliga yrkesgrupper nära patienten, utifrån kunskap om vårdkvalitet och patientarbete, tar avstånd från nya styrformer och nedskärning av personal. Engagemang och patienter håller samman organisationen på verksamhetsnivå. Man upplever bristande kontakt med ledning. Sjuksköterskor och undersköterskor förefaller mer uppgivna än läkarna. En redan bristfällig kommunikation i organisationen har ytterligare försvårats och patientens språkrör, undersköterskor, som arbetar närmast patienten bedöms sakna kommunikationskanaler och möjligheter till inflytande uppåt i hierarkin. Slutsatsen i rapporten är att en effektiv organisation kräver att yrkeskulturer möts och integreras, vilket måste ske mera på vårdarbetarnas villkor än vad som hittills skett. I stället finns signaler om en ökad polarisering mellan yrkesgrupper.

En positiv konsekvens av omorganisationerna i vården kan vara ett ökat allmänt kostnadsmedvetande och att kompetens- och kvalitetsfrågor i vården lyfts fram på bordet. För att undvika negativa konsekvenser av omfattande förändringar krävs dock att effekterna kontinuerligt utvärderas inte bara med avseende på vårdkvalitet utan också med avseende på de anställdas arbetsmiljökvalitet. Trots att utvecklingen 1985–95 i Stockholms läns landsting beskrivits som "*den period i Storlandstingets historia, som innehåller de största förändringarna i organisation, ledning och styrning*" (Laius m.fl., 1992), saknas prospektiva, kontrollerade longitudinella studier för noggrann utvärdering av omställningseffekterna. En litteraturgenomgång har bekräftat att så är fallet. Vikten av sådana studier när offentlig sektor krymper har påtalats av Gonäs m.fl. (1995), som delvis förklarar bristen med att en stor andel vårdanställda är kvinnor. Härenstam & Bejerot (1995) hävdar att sjukvårdskrisen och en allmän kritik av vårdens effektivitet och produktivitet i slutet av 80-talet kan ha medverkat

till den låga uppmärksamhet, som arbetsmiljön fått vid de stora förändringarna av styrsystemen i landstingen.

3.4 Vad tycker vårdpersonalen om arbetsmiljön i vården under 90-talet

Arbetsmiljöstudier, som genomförts kring vårdens arbetsmiljöer under 90-talet har oftast varit tvärsnittsstudier och saknat aspekten förändrade styrsystem. Studierna har som regel ej varit landsomfattande eller varit representativa för enskilda landsting. Där man retrospektivt studerat förändringar, har ingen differentiering gjorts mellan olika slag av förändringar. Fallstudier som tas upp här speglar huvudsakligen arbetsförhållanden i Stockholm och Örebro läns landsting – två av de landsting som genomgått de största förändringarna av styrsystemen.

På nationell nivå visar studier av de mest utsatta yrkena (ASS & SCB, 1997) att vårdens personal generellt har en mer belastande arbetsmiljö än många andra yrkesgrupper och att arbetsmiljön förändrats i negativ riktning. Hög arbetsbelastning och arbetstakt, bristande stöd och psykiskt påfrestande arbete förekommer oftare i samtliga undersökta vårdyrkesgrupper, i synnerhet för läkare och i viss mån sjuksköterskor. Psykiskt påfrestande arbete och låg kontroll är markant också för undersköterskor och vårdbiträden. I SCB:s arbetsmiljöstudier (ASS & SCB, 1996) redovisas upplevda arbetsmiljöförändringar inom vård- och omsorg som en jämförelse mellan ett genomsnitt av 1989/95 och 1995. Ca 70 procent hälso- och sjukvårdsanställda, såväl män som kvinnor, och proportionellt fler jämfört med andra anställda upplever att arbetstakten ökat. Arbetsbelastning, fysisk och psykisk påfrestning i arbetet har ökat över tid. Var tredje anser att de alltför tunga momenten ökat.

1995 års Arbetshälsorapport fokuserar arbetsvillkorens betydelse för besvär från rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande hos 2000 vårdanställda i olika yrken i Stockholms län. Höga krav, lågt inflytande, små möjligheter till utveckling och lära nytt och svagt socialt stöd visar starkt samband med minskat psykiskt välbefinnande. Flera vårdyrken rapporteras som riskyrken med psykosocial belastning och ohälsokonsekvenser. Läkare och mentalskötare är manliga riskyrken för psykisk ohälsa med svagt socialt stöd, höga kvantitativa och kvalitativa krav, bristande inflytande och låg känsla av sammanhang. Kvinnoyrken i risk är mentalskötare och städpersonal med mindre utvecklingsmöjligheter, bristande stöd och ett arbete, som är av mindre betydelse för andra. Suicidtankar är vanligare bland läkare och mental-

skötare än i andra yrken. Studierna antyder att framför allt läkarnas arbetsmiljöproblem sammanhänger med arbetets organisation. Höga krav på föränderlighet och anpassning innebär hot mot identitet och självkänsla. Redan på 80-talet konstaterades belastande arbetsmiljöer för läkare. Kvinnliga läkare utpekades som mer utsatta och som en riskgrupp för utbrändhet och suicidtankar, en risk som delades med andra vårdyrken t.ex. sjuksköterskor (Strandberg & Arnetz, 1989; Arnetz m.fl, 1986; Theorell, 1990; Theorell m.fl, 1990). Problemen kvarstår och tycks ha förvärrats under 90-talet. (Arnetz, Petersson & Zettergren, 1995; Arnetz, 1997; Arnetz m.fl, 1994).

Studier av arbetsmiljöförändringar i Örebro läns landsting

Flera arbetsmiljöstudier med förändringsaspekt har under 90-talet genomförts i Örebro och Stockholms läns landsting, två landsting, som infört de största förändringarna i styrsystemen. Vid Regionsjukhuset i Örebro har gjorts kontinuerlig uppföljning av arbetsmiljö, hälsa och vårdkvalitet för all personal, ca 3000, sedan 1993 (Arnetz m.fl. 1997; Arnetz, 1997; Petterson, 1997; Arnetz, Arnetz & Petersson, 1998; Socialstyrelsen, 1998). Studierna har förändringsperspektiv men saknar explicit anknytning till de förändrade styrsystemen. Förändringsaspekt- en innebär att samtlig personal på sjukhuset besvarat i stort sett samma frågor 1994, 1995 och 1997. 1995 varslade sjukhuset om 20 procent budgetnedskärning. I organisationen som helhet upplevdes hot om arbetslöshet och otrygghet.

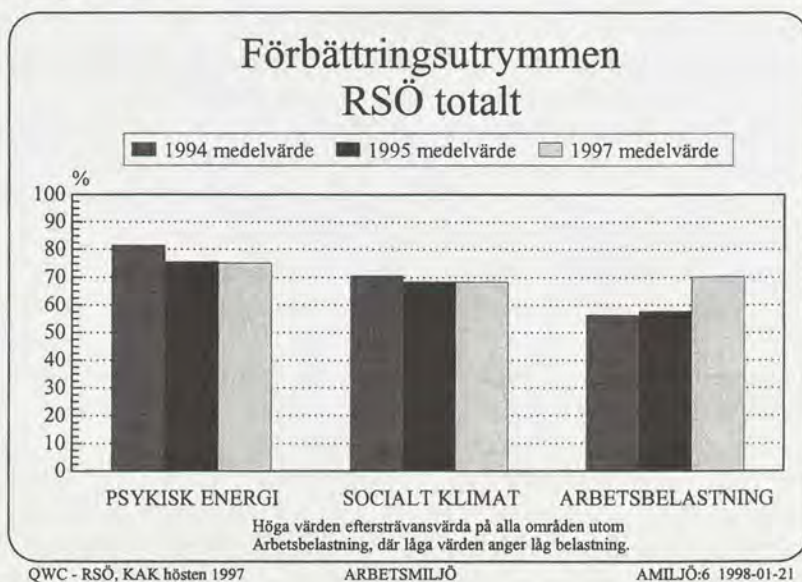
Trots pågående förbättringsarbete kring arbetsmiljö- och vårdkvalitetsfrågor i hela organisationen, rapporteras försämringar över tid i såväl upplevd arbetsmiljö kvalitet och socialt klimat som hälsa. Kompetens och utveckling förbättrades första året. En ökande utmattning och psykosomatisk ohälsa påvisades i samtliga yrkesgrupper men framför allt hos vårdpersonal med direkt patientarbete. Läkare och sjuksköterskor upplevde de högsta kraven och var också de yrkesgrupper där utbrändheten ökade mest. Den ökade ohälsan kunde delvis förklaras av ett försämrat socialt klimat, högre krav och arbetsbelastning och försämrade organisatoriska faktorerers samspel med de försvagade skyddsfaktorerna (Petterson, 1997).

1994 ansåg 35 procent av de anställda att de senaste fem årens förändringar i vården positivt påverkat patientkontakter och effektivitet medan något färre (33 procent) rapporterade negativ påverkan. Samtidigt tyckte hälften att arbetstrivseln försämrats och 35 procent att kraven från arbetsledningen hade ökat. Arbetsmiljön ser olika ut för

olika personalgrupper i vården. Sjukvårdsbiträden upplevde oftare än andra grupper en försämring genom ökade krav från arbetsledning och lägre effektivitet i arbetet. Framför allt undersköterskor rapporterade försämrade utvecklingsmöjligheter. 1995 ansåg man att vad som hänt under senaste året snarare haft en negativ än en positiv effekt på utvecklingsmöjligheterna (28 respektive 23 procent). 1995 svarade knappt halva personalstyrkan (48 procent) att arbetstrivseln försämrats senaste året. Endast 25 procent ansåg att effektiviteten höjts.

Trots pågående förbättringsarbete kan man vid jämförelse mellan 1994, 1995 och 1997 års mätningar (Arnetz m.fl, 1998) se en tendens till försämringar över tid (se Figur 6, 7, 8). Samtliga diskuterade skillnader är statistiskt säkerställda.

Figur 6 Förändringar i index psykisk energi, socialt klimat och arbetsbelastning 1994–1997.

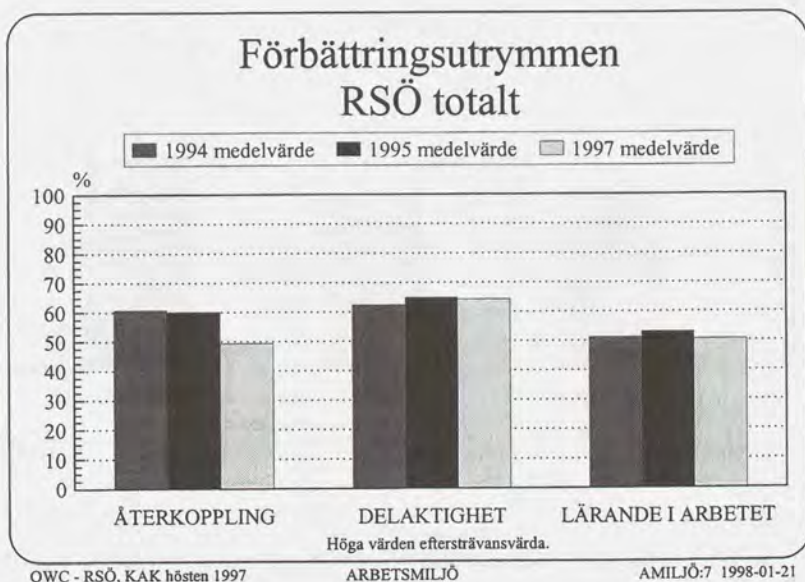


Källa: Arnetz m.fl, 1998.

Hälsomåttet psykisk energi (definierat som låg grad av rastlöshet, irritation, ängslan/oro, nedstämdhet, håglöshet och koncentrations-svårigheter) minskar från 1994 till 1995 för män och kvinnor i alla yrkesgrupper. Kvinnor anger hela tiden en lägre psykisk energi än män. Stödresursen socialt klimat försämras framför allt för vårdande personalgrupper och i synnerhet för kvinnor från 1994 till 1995. Arbetsbelastningen ökar markant framför allt för vårdande personal successivt under hela perioden, motstridiga krav ökar och dubbelt så många 1997 (51 procent) som 1995 (24 procent) anger maxvärden på krav att arbeta

hårt, vilket författarna tolkar så att färre personal arbetar allt hårdare. Högre arbetsbelastning, lägre delaktighet och sämre socialt klimat bidrar till minskad psykisk energi hos personalen.

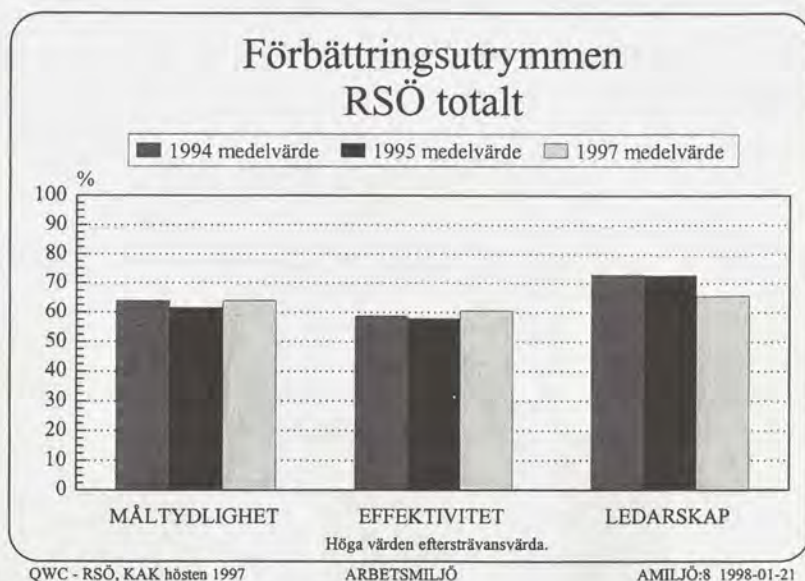
Figur 7 Förändringar i index återkoppling, delaktighet och lärande i arbetet 1994–1997.



Källa: Arnetz m.fl, 1998.

Återkoppling – en förutsättning för ett effektivt samarbete mellan chefer och medarbetare – försämras successivt under hela perioden för såväl män som kvinnor och för vårdande personal. Delaktighet och utveckling (lärande i arbetet) förbättras under första året som en möjlig effekt av pågående förbättringsarbete, som särskilt inriktats på dessa områden. Försämrat lärande i arbetet från 1995 till 1997 tycks sammanhänga med att arbetstakten ökat och att det finns mindre tid för kompetens och utveckling i organisationen.

Figur 8 Förändringar i index måltydighet, effektivitet och ledarskap 1994–1997.



Källa: Arnetz m.fl, 1998.

Totalt sett försämras organisationsfaktorer som måltydighet, effektivitet och upplevt ledarskap över tid. Upplevd effektivitet minskar framför allt för vårdande personal och för kvinnor från 1994 till 1995 men upplevs jämförelsevis högre av personal, som upplever tydliga mål, tydligt ledarskap, lägre arbetsbelastning, bättre kompetensutnyttjande och ett bra socialt klimat i sitt arbete. Ledarskapet upplevs försämrat för alla från 1995 till 1997. Framför allt upplevs mellanchefer mindre tydliga i kommunikation och återkoppling till personal och i förmågan att skapa nödvändiga förutsättningar för bra arbetsinsatser. Detta tolkas som ett tecken på att ökade krav inte motsvaras av ökade resurser. Personalen uttrycker behov av dialog med chefer och mer aktivt ledarskap. Emotionell utmattning relaterar till brister i ledarskap, socialt klimat och lärande i arbetet snarare än till patientarbete. För läkargruppen speglar svaren liknande förändringar i synen på arbetsmiljö, ledarskap och utveckling från 1993 till 1995 med ökande tidspress i arbetet och allt högre arbetstakt för att hinna de dagliga arbetsuppgifterna. Trötthet och irritation ökar och psykisk energi minskar över tid. Betydande variationer förekommer mellan kliniker. Kunskap om verksamhetsmålen ökade över tid men allt färre angav att de arbetade efter målen. Interventionsprogrammet kan ha förhindrat en större försämring över tid. (Arnetz & Petersson, 1996; Arnetz, 1997).

Majoriteten anställda upplever sig som förändringsbenägna (70 procent) men var tredje anställd, oftare sjuksköterskor och undersköterskor, rapporterar en negativ påverkan på inställningen till förändringsarbete och förändringsviljan över tid. Kring 40–45 procent funderar ibland, ofta eller ständigt på att sluta på sin arbetsplats. En markant ökning till 61 procent 1997 för yngre medarbetare ger signaler om att vårdarbete måste göras mer attraktivt för att behålla yngre personal och för att inte kompetens ska försvinna ur organisationen. Genomsnittsåldern inom vården är redan hög och har ytterligare ökat av personalnedskärningarna. Antalet läkare över 50 år på sjukhuset har nästan fördubblats från 1994 till 1995. Siffrorna kan jämföras med att endast 5 procent av personalen inom ett av Stockholms sjukvårdsområden är yngre än 30 år.

Studier av arbetsmiljöförändringar i Stockholms läns landsting

Upplevda förändringar i arbetsmiljö och hälsa redovisas från två pågående studier i enskilda sjukvårdsområden i Stockholm. I en enkätstudie 1998 av all personal inom samtliga vårdgrenar i ett sjukvårdsområde med ca 2 000 anställda (Pettersson & Backman, opublicerat) ansåg 61 procent att arbetsbelastningen och 58 procent att tidspressen ökat och ca 40 procent att lönerna minskat i förhållande till upplevda arbetsprestationer under det senaste året. Många upplever att arbetet blivit svårare och kräver mer kunskap men lika många upplever ökade som minskade utvecklingsmöjligheter. 67 procent anser att man är kundorienterad. Värt att notera är att 2/3 oftast eller ständigt upplever höga arbetskrav och att var 10:e anställd sällan eller aldrig är nöjd med arbetsresultatet. Ca 20 procent rapporterar lågt kompetensutnyttjande och brist på stöd från närmaste chef. Nära 40 procent arbetar ständigt på högvarv utan återhämtning eller hoppar över raster. Hälften anger sjuknärvaro, 1/3 ständigt övertidsarbete.

Mindre än hälften upplever en väl fungerande organisation, endast en tredjedel är nöjda med information och ledarskap. Drygt hälften (56 procent) anger att effektiviteten i arbetet är hög men endast hälften känner delaktighet i verksamhetens utveckling. Endast en av fem anser att sjukvårdsrådets ledning värnar om tillräcklig personalstyrka, god psykosocial arbetsmiljö och något fler att man värnar om kompetensutveckling för personalen. Det största hindret är en ständig personalbrist (51 procent). Var fjärde anställd oberoende av yrkesgrupp känner sig utbränd. Detta kan vara en underskattning beroende på att redan sjuka inte besvarat enkäten och att andra studier påtalat vissa indika-

torer för att anställda försöker dölja känslor av utbrändhet och utmattning av rädsla för att förlora jobbet (Sinkonen, 1994).

I ett annat av Stockholms sjukvårdsområden (Ahlberg-Hultén, personlig kommunikation) påvisades i en studie 1993–1997, osäkra anställningar, missnöje med arbetstiden och förändrade arbetsvillkor de senaste 5 åren. Hot om förändringar och oro för risken att bli arbetslös var stor. Ökad osäkerhet och personalnedskärning orsakade turbulens i arbetsgrupperna och förändringströttheten var stor. Vårdpersonal upplevde minskat inflytande, 50 procent av vårdbiträden, 64 procent av undersköterskor och 27 procent av sjuksköterskor saknade inflytande i såväl långsiktig planering som i det dagliga arbetet. Kvinnor upplevde hinder i arbetet oftare än män, heltidsarbetande mer än deltidsarbetande. 50 procent av sjuksköterskorna upplevde ökade hinder i sitt arbete. Socialt stöd i arbetet hade minskat och utgjorde en riskfaktor för ryggsbesvär för sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Generellt sett hade klyftorna ökat mellan yrkesgrupper.

En retrospektiv enkätutvärdering av Utvecklingsplanen i Stockholms läns landsting 1998 (Arnetz, 1998 b; Socialstyrelsen, 1998) gjordes på ett slumpurval av 1000 vårdanställda, läkare, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal inom samtliga vårdgrenar beträffande arbetsmiljö, kompetensutveckling, ledarskap, effektivitet, målsättning, framtidsplaner, personalens hälsa och vårdkvalitet. Resultaten jämfördes med andra offentliga och privata organisationer. Så gott som all personal ansåg att vårdkvaliteten behövde förbättras (97 procent) och 62 procent att patienternas tillgänglighet till vård försämrats senaste året, 61 procent att vårdkvaliteten försämrats och endast 15 procent tror att patienterna är nöjda med den vårdkvalitet den egna arbetsplatsen erbjuder.

Vad gäller arbetsmiljökonsekvenser, angav nära 90 procent av personalen att arbetsbelastningen ökat under senaste året. 44 procent upplevde kvaliteten på utfört arbete som sämre jämfört med året innan. Ca 2/3 hade allvarliga funderingar på att sluta sitt arbete och ville byta till annan arbetsgivare eller verksamhet. Viktigaste skälen var en sämre fungerande organisation, otydliga mål, ineffektivitet, alltför tung arbetsbörda och dålig lön. Drygt hälften av personal med chefsfunktion och 60 procent av överläkare hade funderat på att lämna sitt arbete. Anställda, som funderat på att sluta på sin arbetsplats respektive anställda som upplever en försämrad vårdkvalitet rapporterar konsekvent sämre arbetsmiljö och högre emotionell utmattning.

Delaktighet i beslut och möjligheter att påverka anges lägre i vården än inom annan offentlig verksamhet men i nivå med privat service-sektor. Lärande i arbetet uppges högre inom Stockholms läns landsting i jämförelse med andra organisationer. Målen uppfattas som otydliga

och effektiviteten som lägre än i andra landsting. Ledarskapet uppfattas som sämre i Stockholms läns landsting än i andra jämförda landsting.

Arbetstakten rapporterades i nivå med de högsta värden som uppmätts inom offentlig sektor, inom och utom vården. Betydande skillnader förekom mellan vårdgrenar, ledande/icke ledande befattningar, yrkesgrupper och arbetsplatser. I jämförelse med andra studier av vårdpersonal 1997, t.ex. Landstinget Västernorrland och Regionsjukhuset i Örebro uppger personal i Stockholms läns landsting lägre värden på psykisk energi, socialt klimat och återkoppling från närmaste arbetsledning samt anger högre arbetstakt (framför allt inom primärvården). Delaktighet i beslut och påverkansmöjligheter är lägre, målsättningen är mer otydlig och effektiviteten skattas som lägre men lärande i arbetet jämförelsevis högre i Stockholms läns landsting. Ledarskapet bedöms som sämre, framför allt inom somatisk vård, än i övriga verksamheter. Arbetsplatsens övergripande vårdkvalitet skattas av vårdpersonalen som sämre i Stockholms läns landsting än vid Regionsjukhuset i Örebro.

Läkarna uppger jämfört med sjuksköterskor och övrig vårdpersonal lägst psykisk energi, upplever störst brister i det sociala klimatet och uppger högsta arbetstakten. Återkoppling och delaktighet bedöms av läkarna vara sämre medan lärande i arbetet skattas som sämre för annan vårdpersonal. Läkarna upplever målsättningen mest otydlig, den interna kommunikationen sämst och effektiviteten lägst och sjuksköterskor och läkare skattar ledarskapet som sämre. Läkarna visar konsekvent högst emotionell utmattning men skattar vårdkvaliteten högre än övriga grupper. Chefer jämfört med icke chefer upplever högre delaktighet och lärande i arbetet och skattar också effektivitet och vårdkvalitet högre. Kvinnor uppger högre emotionell utmattning än män. Anställda som anger ökad arbetsbelastning visar sämre psykisk energi, högre arbetstakt, lägre delaktighet, upplever en otydligare målsättning och ett sämre ledarskap och rapporterar också mer emotionell utmattning. Sammanfattningsvis har man tolkat resultaten så att Stockholms läns landstingsanställda överlag upplever sämre arbetsmiljö i jämförelse med andra vårdorganisationer och visar större spridning mellan vårdgrenar, yrkesgrupper och arbetsplatser.

Sammanfattningsvis visar flera tvärsnittsstudier på försämringar i personalens arbetsmiljö och hälsa. Positiva förändringar är ökat intresse för kompetensfrågor och patientorientering. Kompetensutbudet saknar dock reell betydelse om personalen inte kan tillgodogöra sig detta av brist på tid. Personalnedskärningar har legat över personalen som ett hot, som skapat oro, otrygghet och sämre socialt klimat och ökad polarisering mellan yrkesgrupper. I viss mån upplevs ökad effektivitet men till priset av en alltför hög arbetstakt, som lett till ökad trötthet och

utmattning bland personalen. En brist i dessa studier är att olika förutsättningar råder för olika studier och att de därför ej är helt jämförbara. Studierna ger ett axplock ur enskilda landsting och möjlighet att jämföra landsting saknas. Ytterligare en brist är att dessa studier saknat ansatsen att knyta förändringarna till de förändrade styrsystemen, varför man inte kan avgöra om effekterna beror på personalnedskärningar eller ökad konkurrens och marknadsanpassning eller har andra orsaker.

Studier av styrsystemens effekter på arbetsmiljön

Styrsystemens effekter på arbetsmiljön har inte undersökts systematiskt. De få studier, som undersöker styrsystemens effekter på arbetsmiljön är nationella eller berör ett enskilt landsting och tillåter inte åtskillnad mellan mer eller mindre förändringsbenägna landsting. Det kan därför inte klart visas om effekterna är generella i svenskt arbetsliv eller är mer uttalade i offentlig sektor eller i vården.

I Stockholm jämförde Forsberg & Calltorp (1993) ett år efter Stockholmsmodellens införande attityder och beteendeförändringar hos läkare och sjuksköterskor vid medicinska verksamheter, som ej infört Stockholmsmodellen och kirurgiska verksamheter, där Stockholmsmodellen införts. 60 procent av läkare inom kirurgisk verksamhet och 44 procent av medicinläkare var positivt inställda till marknadsanpassad köp-sälj-modell. Fler inom kirurgisk verksamhet ansåg att effektiviteten ökat under året. Författarnas slutsats var att resultatet ger *"inga skäl att tro att kvaliteten påverkats negativt av Stockholmsmodellen. Snarare finns tecken på något bättre service och bemötande."* En majoritet i undersökta personalgrupper upplevde den medicinska vårdens kvalitet som oförändrad. Dock uppgav sig fler (88 procent) inom medicinsk än inom kirurgisk verksamhet (79 procent) som mer kostnadsmedvetna.

Delvis samma frågor ställdes till läkare och sjuksköterskor i en nationell studie vid Samhällsmedicinska enheten, Huddinge Sjukhus (1993). Trots att endast 1/4 av dem som ingick använde DRG-systemet, fanns liknande förändringar över hela landet. 54 procent i landet som helhet mot 55 procent i Stockholm angav ökad effektivitet. Synen på kvalitetsutveckling var likartad i hela landet. Trots att merparten av landstingen 1993 inte hade tydlig uppdelning i köpare och säljare, ses i vissa avseenden en större förändring ute i landet än i Stockholm. Författarna ifrågasätter därför om effekter av Stockholmsmodellen går att skilja från andra pågående förändringar och menar att bidragande faktorer kan vara begränsade resurser i alla landsting, en likartad demografisk situation över landet, generellt genomförande av Ädel-reformen

och vårdgaranti samt en medicinsk-teknisk utveckling, som är densamma för alla. Man påpekar att dessa faktorer sammantaget kan ha lett till ett allmänt ökat kostnadsmedvetande.

Som positiva effekter av Stockholmsmodellen framhölls att kvalitetsfrågorna lyfts fram på så sätt att det har blivit viktigare att definiera och mäta kvalitet. Man diskuterar hur nära det medicinska beslutsfattandet prislapparna bör finnas då närheten visserligen ökar kostnadsmedvetandet men också innebär risker för att enskilda fall bedöms mera med hänsyn till gynnsamhet för klinikens ekonomi än till patientens behov.

SACO-studien, som genomförts av Arbetsmiljöinstitutet och SACO-förbunden 1991-1994 (Aronsson m.fl, 1992; Westlander m.fl, 1995) är en av de få studier, som särskilt diskuterat konsekvenser av förändrade styrsystem för arbetsmiljö och effektivitet med ett flertal rapporter kring kompetens-, ledarskaps- och organisationsfrågor (Härenstam & Bejerot, 1995; Bejerot & Härenstam, 1993; Bejerot, 1993; Bejerot, 1998). Frågor kring organisationsstruktur, ekonomi och administration, måluppfyllelse och relationen ledning/anställda under de senaste 5 åren har relaterats till förändringar i verksamhetseffektivitet och egna arbetsförhållanden, kompetensutveckling, demokrati och anställningsvillkor. 655 landstingsanställda ingår i SACO-studien, varav den största gruppen är läkare. Förhållandevis stor andel av landstingsanställda visade behov av kompetensutveckling. Brister i ledningssituationen var vanligare på landstingssektorns mellannivå och kvinnliga chefer jämfört med manliga ansåg sig oftare negativt bemötta av såväl under- som överordnade.

Akademiker generellt rapporterade förändringar i styrsystemen med minskat antal beslutsnivåer och mindre styrning från ledning men med en ökning i målstyrning och uppföljning av arbetsprestation. Totalt svarar 54 procent att effektiviteten ökat efter genomförda förändringar. Målstyrning hade ökat i alla yrkesförbund och oftare i offentlig sektor. Ökad användning av ekonomiadministrativa styrsystem samt kundorientering var de vanligaste förändringarna inom landstingen. En stor andel läkare rapporterar förändrade styrsystem med en ökning av "hårda" styrsystem. För läkare och landstingspersonal redovisas rapporterade organisationsförändringar de senaste 5 åren. Jämförelser kan göras med SACO-gruppen totalt.

Tabell 10 Förändringar i organisation och arbetsmiljö hos akademikergrupperna (procent).

Organisationsförändringar	Landstingsanställda (n=554)		Läkare (n=279)		SACO-medlemmar (n=3050)	
	Ökat	Minskat	Ökat	Minskat	Ökat	Minskat
Antal beslutsnivåer	27	28	27	27	25	25
Styrning från ledning	31	25	33	21	29	21
Dialog med ledning	36	16	32	16	30	18
Kund/patientorientering	55	3	57	2	42	3
Uppföljning arbetsprestation/resultat	54	4	52	3	42	5
Konkurrens för ökad produktivitet	50	1	55	0	32	1
Grad av målstyrning	58	2	52	1	49	3
Utvecklingssamtal	44	6	33	6	38	8
Arbetsmiljöförändringar %	Sämre	Bättre	Sämre	Bättre	Sämre	Bättre
Arbetsbelastning	39	12	42	10	35	10
Samarbete på arbetsplatsen	13	32	14	24	13	28
Lön/arbetsinsats	30	15	29	17	29	18
Förutsättningar att arbeta professionellt	14	21	16	15	15	23
Inflytande/kontroll	13	27	18	25	9	29
Möjlighet att utveckla yrkeskunskaper	16	19	16	16	14	20
Medbestämmande	10	23	12	21	11	20
Jämställdhet män/kvinnor	3	6	2	6	3	8
Anställningstrygghet	31	1	25	5	33	3

Källa: Bejerot & Härenstam, 1993.

Ökad kundorientering, ökad uppföljning av arbetsprestationer och resultat, konkurrens för ökad produktivitet och ökad målstyrning är de vanligaste förändringarna, angivna av mer än hälften av läkare och landstingspersonal. Oberoende av SACO-förbund uppger majoriteten att effektiviteten ökat. 67 procent av landstingsanställda, 64 procent av läkarna och 92 procent av tandläkarna anser att effektiviteten ökat. Samtidigt anser läkare och tandläkare att förändringarna påverkat arbetsförhållandena och effektivitetsökningen har för dessa grupper

högre samband med försämringar i arbetsbelastning än för andra SACO-grupper (Bejerot & Härenstam, 1993).

Arbetsmiljökonsekvenser visade sig relaterade till position med mer positiv inställning i högre yrkespositioner för alla aspekter utom arbetsbelastning. Kvinnor upplevde försämring i inflytande och förutsättningar för professionellt arbete. Framför allt kvinnliga men även manliga chefer uppgav konsekvenser för arbetsbelastningen. Förändringar i styrsystemen har inneburit ett mer omfattande skifte i offentlig sektor än i privat. Läkare rapporterar oftast försämringar i arbetsbelastningen och beskriver omfattande förändringar av styrsystem med ökad resultatuppföljning, ökad kundorientering, ökad dialog med ledning, ökat antal utvecklingssamtal, ökad konkurrens och ökad effektivitet. För läkarna har förändrade styrsystem medfört en mänsklig kostnad i försämrade arbetsförhållanden, vilket av författarna tolkats så att sjukvårdens nya styrsystem varit mindre väl anpassade till verksamheten och har minskat förutsättningarna att arbeta professionellt. Ökad verksamhetsuppföljning för läkarna kan ha upplevts som kontroll av egna prestationer, varför effektivitetsökningen kan bero på ökad egen arbetsinsats. Läkare rapporterar oftare försämrat inflytande. De nya styrsystemens möjligheter att öka inflytandet ifrågasätts av författarna då ökad resultatuppföljning kan användas både för ökad yttre kontroll (minskat personalinflytande) och för ökad feedback till anställda (ökat personalinflytande).

Inom tandvården (Bejerot, 1998) hade såväl målstyrning som styrning via dialog ökat. Effektiviteten hade ökat kraftigt men arbetstakten var styrd mer av kontroll, konkurrens och av arbetsgivarkrav än av vårdköer och lönesystem. Bejerot visade att effektiviteten skett på bekostnad av en obalans i ansträngning – belöning och inte i linje med det goda arbetet. En slutsats var att konkreta mål med arbetet har betydelse för anpassning till styrsystem och måste lyftas fram mer i arbetslivsforskning eftersom förändringar i styrsystemen polariserade mellan yrkesgrupper med olika målinriktning i arbetet. För yrkesgrupper, som sysslade med "ting och data", överensstämde kombinationen av målstyrning och ledarskap via dialog. För dessa grupper förbättrades arbetsvillkoren med utveckling mot det goda arbetet, inklusive stärkt kontroll, kompetens och samarbete. För yrkesgrupper i direktkontakt med patienter hade samma typ av styrning negativ effekt, som talar mot det goda arbetet och indikerar mera av "skoningslös" effektivitet. Bejerot stödjer med dessa resultat tidigare kritik mot Human Resource Management om olika effekter med hänsyn till yrkesposition i organisationen. Ökad dialog förbättrar kompetens och samarbete oberoende av produktivitet och mål medan kombination av ökad dialog och kundorientering med ökad betoning på produktivitet

och mål snarare försämrar. Resultaten visade mest negativa konsekvenser för chefer i mellanställning där stora förändringar inte matchas av utbildning och förmåga. Man visade att kontrollsystemets effekter försvagas i de lägre yrkespositionerna där medvetenheten om skeendena är lägre.

Theorell (1990) pekade tidigt på erfarenheterna från tandvården, vilket ger *"anledning att tro att ekonomisk övervakning och prissättning av alla åtgärder, i synnerhet om dessa kopplas till individuell lönesättning eller partiella ackord, kan ha negativ effekt på det sociala stödet"* och menar att *"prisövervakning och individuell lönesättning m.m. inom sjukvården kan på lång sikt medföra stora problem för den psykosociala arbetsmiljön, eftersom det är mycket svårt att prissätta vårdinsatser"*.

Sammanfattningsvis visar SACO-studierna en generell förändring av akademikers arbetsliv. Förändrade styrsystem upplevs öka effektiviteten, dock ej mer i vården än i andra organisationer, och arbetsförhållanden har i vissa avseenden påverkats negativt med försämringar i arbetsbelastning, lön i förhållande till arbetsinsats och anställningstrygghet. Härenstams & Bejerots slutsats är att arbetsförhållanden har prioriterats lågt i samband med de stora förändringar i styrsystem som pågår i de flesta landsting.

Om SACO-studien undersöker landstingsanställda i vissa yrkesgrupper på nationell nivå, har Laius och medarbetare (Laius & Åberg, 1992; 1993a, b; Laius & Romö Ankarcrona, 1997; Laius, 1997a, b) på uppdrag av HSN och de fackliga organisationerna SHSTF, SKTF och SKAF följt utvecklingen i Stockholms läns landsting 1985-1997 och utvärderat "Nya grepp", "Stockholmsmodellen", "Konkurrensprogrammet" och "Utvecklingsplanen".

Utveckling och förändring inom ramen för "Nya grepp" (Laius & Åberg, 1993a) har följts på basenheter, sjukvårdsområden och inom tandvården med utvärdering av delegerat budgetansvar och kompetensbehov för samtliga yrkesgrupper. Man betonar vikten av verksamhetsuppföljning, lärandestrategi samt betydelsen av ledarskap med *"förmåga att kommunicera med, motivera och stimulera medarbetare"*.

Effekterna av Stockholmsmodellen har utvärderats efter 1 år (Laius & Åberg, 1993a, b) med intervjuer på basenhetsnivå (ledning, stab, personal samt fackliga företrädare vid kliniker, primärvård, servicefunktioner) angående ändrade arbetsuppgifter, kompetensbehov, personalinflytande och beredningsgruppernas arbete. Sammanfattningsvis konstateras efter första året att Stockholmsmodellen genomförts snabbare på serviceenheter, att kompetens kring utvecklings- och förändringsarbete ej tillförts organisationen i takt med förändringarna, att besparingskrav påverkat personalsammansättning och arbetsför-

delning samt att förändringstakten varit hög med höga omställningskrav på personalen. *"All personal utsätts för stress och risken för utbrändhet är hög"*...att osäkra anställningar leder till *"stor oro men även till en 'tystnad' hos personalen"* vilket *"verkar hämmande både för kreativiteten och verksamhetsutvecklingen"*. Man drar slutsatsen att förändringstakten är för hög och att påverkansmöjligheter för personalen minskat.

Utvecklingsplanen utvärderas med ett 100-tal intervjuer av chefer, arbetsledare, läkare, sjuksköterskor, distriktssköterskor, barnmorskor, undersköterskor och läkarsekreterare på valda enheter (Laius & Romö Ankarcrona, 1997; Laius, 1997a, b), med avseende på personalinflytande, medbestämmande, chefsstöd och psykosocialt arbetsklimat. Av resultatet framgår att chefer uppfattar förändringarna som ett tidspressat genomförandeuppdrag med bristande stöd. Brister i personalinflytande och medbestämmande har försvårat för personal och chefer att påverka tidsplan och innehåll. Arbetsplatsmöten har varit forum för meddelande av beslut utan utrymme för diskussion. Utvecklingssamtal genomförs på de flesta arbetsplatser, ofta utan följdåtgärder.

I slutrapporten konstateras att förändringarna ställt stora krav på beslutsfattare på olika nivåer, personal, organisation och enskilda individer och man lyfter speciellt fram brist på kunskap och förståelse och rädslan att bli lämnad utanför samt en allt tyngre arbetsbelastning med känslan att inte längre kunna göra ett bra jobb. Genomsnittsåldern på personalen är hög och sjuknärvaron ökar. Personalintervjuerna visade hög stressnivå för samtliga yrkesgrupper med trötthet och uppgivenhet, otrygghet och oro inför framtiden i kombination med hög arbetsbelastning, allt högre arbetstempo, brist på utrymme för reflektion samt inte sällan stressrelaterade sjukdomar. Personalen pekar på svårigheter att koppla av, sämre sömn och arbetets konsekvenser för privatlivet.

Utvecklingsplanen har inneburit reducering av vården med nedläggningar, omflyttningar och sammanslagningar. Stora personalförflyttningar mellan sjukhusen har lett till otrygga anställningar, splittrade arbetsgrupper, skuld känslor och revirtänkande mellan yrkesgrupper och individer på grund av kampen om arbetsuppgifter och risk för övertalighet. Organisation och personal är oförstående inför sammanhangen utan möjlighet att påverka en oklar framtidsbild och man efterlyser chefsstöd och återkoppling. Chefsstödet uppfattas generellt ottydligt och svagt på alla nivåer med oklart ansvar och små befogenheter. Personalens närmaste arbetsledning saknar tid och kunskap att hantera förändringar och utvecklingsarbete och befogenheter att öka personalens delaktighet. Personalens stöd kommer från patienterna och

känslan av otrygghet står i konflikt med djupt känslomässigt engagemang i arbetet. Trötthet, uppgivenhet och oro inför framtiden förenat med en hög arbetsbelastning bedöms utgöra en klar risk för utbrändhet.

Den generella slutsats som dras är att förändringar och effektiviseringar ej uppnås enbart genom sparbeting och neddragning av verksamhet och att personal måste ges möjlighet att hantera eget utvecklingsarbete. Det kan noteras att Laius definition av effektivitet, förutom hög vårdkvalitet och hög produktivitet och ekonomisk medvetenhet, även inbegriper *"god arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse för personalen samt kunskap och inflytande över det dagliga arbetet"*. De rekommendationer, som ges i rapporten är tydligare visioner, återskapad tillit, tydligare ledarskap, ledningsorganisation och större befogenheter för arbetsledare, tid och intresse för personalens delaktighet samt utrymme för lokalt förändringsarbete med lokala handlingsprogram. Även om utvärderingen inte utgör forskning i strikt bemärkelse, överensstämmer resultatet i stora drag med resultat från den tidigare redovisade utvärderingen av Utvecklingsplanen (Arnetz, 1998b).

3.5 Sammanfattning

De viktigaste resultaten från denna litteraturgenomgång kan sammanfattas i följande punkter:

1. Kontrollerad utvärdering av nya styrformers effekter på vårdpersonalens arbetsmiljö saknas
2. Vårdens arbetsvillkor har försämrats under 90-talet – vi ser motkrafter mot "det goda arbetet"
3. Ohälsan bland sjukvårdspersonal ökar
4. Framtida personalförsörjning måste uppmärksammas – vårddyrken har blivit mindre attraktiva
5. Vikten av en helhetssyn på kvalitet, som inbegriper personalens arbetsmiljö och hälsa
6. Föreligger värdekonflikt mellan Arbetsmiljölagen och Hälso- och sjukvårdslagen? – Hur prioritera mellan personalens och patienternas hälsa?
7. Produktivitet – nödvändig men ej tillräcklig förutsättning för "god hälsa på lika villkor"

Svenska studier av vårdens arbetsmiljöer har huvudsakligen varit tvärsnittsundersökningar, som saknat direkt koppling till 1990-talets förändringar i personal- och ekonomistyrningssystem. Förändringsperspektivet på arbetsmiljön har funnits, antingen som uppföljning på

gruppnivå över tid eller som en retrospektiv frågeställning. Flera förändringar har pågått samtidigt, varför vårdpersonalens svar blir en samlad reaktion på olika händelser. Det mest anmärkningsvärda är att så genomgripande förändringar i styrformer genomförs utan systematisk och kontinuerlig utvärdering av effekterna på personalens arbetsmiljö och hälsa.

Signaler från olika håll har visat en trend i samhället som helhet, som går i felaktig riktning för att främja det goda arbetet. Gemensamma signaler från flera tvärsnittsstudier i vården huvudsakligen genomförda i Stockholms och Örebro läns landsting ger vid handen att effektiviteten i flera studier upplevs som hög men på bekostnad av arbetsmiljöns kvalitet. Vissa iakttagelser finns också som indikerar att effektiviteten upplevs försämrad över tid. Effektiviteten när det gäller arbetsinsatsen behöver dock inte vara likvärdig med kvalitet i betydelsen hög vårdkvalitet. Nästan all personal upplever att vårdkvaliteten kan förbättras.

Positiva konsekvenser av förändringarna i vården anges ibland som ökad kundorientering, ökat kostnadsmedvetande eller att kompetens- och kvalitetsfrågor lyfts fram. Samtidigt finns signaler om att arbetstrivseln minskat och hälsan försämrats med ökad trötthet och utbrändhet, mindre psykisk energi och mer psykosomatiska symtom och irritation, symtom som i hög grad drabbat läkare och sjuksköterskor. Det har noterats att läkare och sjuksköterskor upplever de högsta kraven och också är de grupper som tillsammans med servicepersonal upplevt den största utmattningen. Andra studier pekar på sjuksköterskor och undersköterskor som mest uppgivna. Den ökande stressen är en riskfaktor för arbetsskador och ökade misstag i vården. Tidspress och arbetsbelastning tycks ha ökat för majoriteten och ett återkommande hinder för arbetet är personalbristen. Ca 70 procent hälso- och sjukvårdsanställda, såväl män som kvinnor, – en större andel än bland andra anställda – upplever att arbetstakten ökat. Förändringarna har rapporterats inverka negativt på förbättringsarbete och förändringsvilja.

Förändringstakten har varit alltför hög och befogenheter har inte ökat i takt med ansvar. Inflytandet upplevs lägst hos personal nära patienten. Att inflytandet minskat i takt med att arbetsbelastning och krav ökat bör uppmärksammas som en riskfaktor för ohälsa och utbrändhet hos personalen. Målsättningen och ledarskapet förefaller otydligt. Mellanchefers situation har uppmärksamats i flera studier med otydliga befogenheter. Många anställda upplever bristande kontakt med ledningen. Det finns behov av ledarskapsutveckling och stöd. Brister i information och återkoppling har förhindrat dialogen mellan

chefer och medarbetare och försvårar arbetet särskilt för deltids-, natt- och tidsbegränsat anställda.

En stor del av den vårdande personalen har försvunnit vid nedskärningarna och personalbristen är stor på många håll. Det finns en risk att nedskärningarna har splittrat arbetsgrupper och skadat stödresurserna. Stödresurser som socialt klimat och kontroll har betydelse som buffertar för ohälsoeffekter, såväl belastningsbesvär som annan ohälsa. Personalen upplever uppskattning främst från patienter. Flera studier har pekat på en ökad polarisering mellan yrkesgrupper med revirtänkande och konkurrens. Det finns en risk för att förändringarna byggt murar för samverkan och samarbete inom och mellan arbetsenheter i stället för att bidra till ett effektivt arbete.

Kompetensfrågorna har synliggjorts och kompetensutvecklingen i viss mån ökat men hög arbetstakt och personalbrist är hinder för kompetensutvecklingen. Samtidigt som arbetet upplevs svårare har utvecklingsmöjligheter och kompetensutnyttjande delvis försämrats för vissa grupper, t.ex. undersköterskor, vilket tycks bero mera på tidsbrist än på kursutbud. Vårdpersonal, som har mest kontakt med patienten är minst utbildad för att hantera patienternas oro och ängslan och får minst möjligheter till lärande och utveckling i arbetet. Det finns också en risk att den formella kompetenshöjningen i vården med ökad proportion välutbildad personal kan upplevas som en brist på kompetensutnyttjande. Med hänvisning till de jämförande studierna mellan olika landstings typer (jfr kap 4), har inga skillnader kunnat påvisas varken vad gäller lärande i arbetet eller stöd framför allt från chefer mellan Stockholmslandstinget och traditionellt styrda landsting.

Vårdanställdas genomsnittsålder är hög och har ökat genom personalnedskärningarna. Allt fler, särskilt yngre personal funderar allvarligt på att byta arbete. Vårdutbildningar har blivit mindre attraktiva. Detta utgör en risk för bibehållandet av kompetent personal. Med tanke på den framtida personalförsörjningen inom vården, bör dessa problem uppmärksammas.

Det samlade intrycket av arbetsmiljöstudier generellt och i landsting med större förändringar mot marknadsanpassade styrmodeller, indikerar försämrade arbetsvillkor. Motkrafter mot det goda arbetet har satts i rörelse och bekräftar vikten av en helhetssyn på kvalitetsfrågorna i vården. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; 1985:560; 1997:142) är hälso- och sjukvårdens uppgift att förhindra och förebygga ohälsa samt främja god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Lagen inkluderar även vårdens personal. Arbetsmiljölagen föreskriver en hälsofrämjande arbetsmiljö i vid mening. Om en ökad vårdkvalitet sker på bekostnad av god arbetsmiljö kvalitet och hälsa för vårdens personal, föreligger en värdekonflikt mellan dessa två

lagstiftningskomplex. Liknande konflikter riskerar att uppstå i minst lika stor utsträckning, när höga och höjda produktivitetsnivåer åstadkoms inom vården, utan hänsynstagande till att produktivitet endast är en nödvändig – ej tillräcklig – förutsättning för att människors gemensamma ansträngningar och engagemang skall resultera i ”en god hälsa på lika villkor”.

Referenser

- Ahlberg-Hultén G, Theorell T & Sigala F. Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scand J Work Environ Health*, 1995, 21(6), 435-9.
- Ahlberg-Hultén G & Härenstam A. *Vad menar vårdpersonalen när man frågar om "krav"? Analys av innebördsintervjuer*. Rapport från MOA-projektet, Yrkesmedicinska enheten, 1997:10.
- Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker. Bilagedel F: Hjärtinfarkt, psykosocial belastning, självmord*. Rapport inom Arbetsmiljökommissionens kartläggning, 1989.
- Arbetshälsorapport. Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms läns landsting*. Folkhälsokommittén & Yrkesmedicinska kliniken, NVSO, Stockholm, 1995.
- Arbetsmiljörapport. Om samband mellan riskfaktorer och ohälsa i Stockholms läns arbetsliv*. Yrkesmedicinska kliniken, Karolinska sjukhuset och Stockholms läns landsting, 1991.
- Arbetsmiljölagen (AML) 1997:1160, prop 1993/94:186.
- Arnetz B. Physicians' view of their work environment and organization. *Psychother Psychosom*, 1997, 66, 155-162.
- Arnetz B (Red) *Riskhantering inom hälso- och sjukvård. Om hur sjukvårdspersonal och organisationer kan minska risken för fel och förbättra verksamhetskvaliteten*. Lund: Studentlitteratur, 1998 (a).
- Arnetz B. *Stockholms läns utvecklingsplan: Anställdas syn på vårdkvalitet, arbete, ledarskap och effektivitet. Resultat från en enkät till ett urval av vårdanställda inom Stockholms läns landsting*. Rapport från Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM) och Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, 1998 (b).
- Arnetz BB, Andreasson S, Strandberg M, Eneroth P, Kallner A. & Theorell T. Läkares arbetsmiljö: Psykosociala, fysikaliska samt fysiologiska data från en strukturerad djupintervju och biokemisk undersökning av allmänläkare och allmänkirurger. *Stressforskningsrapporter*, Statens institut för psykosocial miljömedicin, Karolinska institutet, Stockholm, Nr 187, 1986.
- Arnetz J & Arnetz B. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *International Journal for Quality in health care*, 1996, 8(6), 555-556.
- Arnetz B, Arnetz J & Petersson O. *Rapport från RSÖ:s KAK-uppföljning 1997. Resultat - samband - slutsatser*. Rapport från IPM och Regionsjukhuset i Örebro läns landsting, 1998.

- Arnetz B, Arnetz J, Petterson I-L, J:son-Norström C & Petersson O. *Utvärdering av KAK-projektet vid RSÖ. Slutrapport*. Regionsjukhuset, Örebro läns landsting och Statens institut för psykosocial miljömedicin, Stockholm, 1997.
- Arnetz B, Petterson I-L, Arnetz J, Hörte L-G & Magnusson A. Sjuksköterskors arbetsmiljö. Om arbetsmiljö, hälsa och verksamhetsutveckling inom vården. Slutrapport. *Stressforskningsrapporter*, Nr 249, 1994.
- Arnetz B & Petersson, O. *Läkares syn på arbetsmiljö, ledarskap och utveckling vid RSÖ. 1993 jämfört med 1995*. RSÖ-läkarrapport, 1996-06-17.
- Arnetz B, Petersson O & Zettergren G. Instrument för strategisk arbetsmiljöutveckling inom vården. Praktisk tillämpning definierade problemen. *Läkartidningen*, 1995, 92:3240-5.
- Arnetz B & Petersson O. Verksamhetsutveckling inom vården. Industrins modeller sällan anpassade. *Läkartidningen* 1997, 94(16).
- Aronsson G. Dimensions of control as related to work organization, stress and health. *Int J Health Serv*, 1989, 19(3), 459-468.
- Aronsson G, Lantz A & Westlander G. *Akademiker under 90-talet. En studie av SACO-medlemmars arbetsvillkor. Undersökningsinstrument och studiens bakgrund*. Solna, Arbetsmiljöinstitutet, Undersökningsrapport 1992:11.
- Aronsson G & Sjögren A. *Samhällsomvandling och arbetsliv. Omvärldsanalys inför 2000-talet*. Solna: Fakta från Arbetsmiljöinstitutet, 1994.
- Aronsson G. Hur utvecklas arbetslivet? Nationellt perspektiv. I: G. Aronsson m.fl. *Arbete och hälsa i Stockholm år 2005*. Seminarium 31 januari, 1996. Folkhälsokommittén, Yrkesmedicinska enheten och Arbetsmiljöforum, 1996.
- Aronsson G. *Personalminskningar ger flera negativa effekter. Ökade kostnader för övertid och lägre arbetsmotivation*. Svenska Dagbladet, 14 januari, 1997.
- Aronsson G, Bejerot E & Härenstam A. Det goda arbetet – ideal och verklighet. I: Westlander G. (Red). *På väg mot det goda arbetet. Om akademikers arbetsvillkor*. Fakta från Arbetstlivsinstitutet, 1995.
- ASS & SCB: *Negativ stress i arbetet. De mest utsatta yrkena*. Information om utbildning och arbetsmarknad, 1997:1.
- ASS & SCB. *Arbetsmiljön 1995. Statistiska Meddelanden*. Sveriges Officiella statistik, 1996.
- Bejerot E & Härenstam A. *Styrsystem, effektivitet och arbetsvillkor. Akademikers syn på organisationsförändringar*. Undersökningsrapport, Arbetsmiljöinstitutet, Solna, 1993:27.

- Bejerot E. *Tandläkarnas arbetsvillkor i privattandvård och folktandvård. Akademiker under 90-talet. En studie av SACO-medlemmars arbetsvillkor.* Arbetsmiljöinstitutet, Solna. Undersökningsrapport 1993:41.
- Bejerot E. Dentistry in Sweden – Healthy work or ruthless efficiency? Akademisk avhandling, Lund University, Department of Dental Public Health, Center for Oral Health Sciences, and National Institute for Working Life, Department for Work and Health. *Arbete och Hälsa*, 1998:14.
- Brenner S-O & Levi L. and Åkerstedt T, Arnetz B, Eneroth P, Hjelm R, Kvetnansky R, Petterson I-L, Petrini B, Wasserman J & Salovaara H. Long-term unemployment among women in Sweden. *Soc Sci Med*, 1987, 25(2), 153-161.
- Brunnberg H, Hagberg M, Härenstam A, Josehson M, Pingel B, Robertsson H, Westerholm P & Wigaeus Hjelm E. *Att skapa goda arbetslivsprojekt – från idé till genomförande. En utvärdering av initiering och implementering av 32 projekt i Stockholms läns landsting som erhållit bidrag från Arbetslivsfonden.* Arbetslivsrapport 1996:11, Enheten för ergonomi och psykologi, Arbetslivsinstitutet, 1996.
- Calltorp J. Behov och tillämpningar av prissystem i vården. I: T. Theorell, A. Härenstam & E. Bejerot (Red). Konferensen om ekonomiska styrsystem och deras effekter på arbetsmiljön i vård. *Stressforskningsrapporter*, Karolinska institutet, Nr 231, 1991.
- Cartwright S & Cooper CL. Public policy and occupational health psychology in Europe. *J Occup Health Psychol*, 1996, 1(4), 349-361
- Cox T & Leiter MP. The health of health care organizations. *Work & Stress*, 1992, 6(3), 219-227.
- Cox T, Kuk G & Leiter MP. Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. In: Schaufeli WB, Maslach C & Marek T. (Eds) *Professional burnout: Recent developments in theory and research.* London: Taylor & Francis, 1993.
- deJong J, Janssen PPM & Breukelen GJP. Testing the demand-control-support model among health care professionals: a structural equation model. *Work & Stress*, 1996, 10(3), 209-224.
- Eckerlund I, Håkansson S & Svensson H. *Mått och steg för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Ett uppdrag för HSU 2000.* Spri-rapport 374, Stockholm, 1994.
- Forsberg E & Calltorp J Ekonomiska incitament. Förändringar i sjukvården. Första året med Stockholmsmodellen. *Läkartidningen*, 1993, 90(30-31), 2611-2614.
- Företagshälsovården idag.* Statskontoret. Stockholm: Norstedts 1997:2.

- Garber J & Seligman MEP (Eds). *Human helplessness. Theory and application*. London: Academic Press, 1980.
- Gustafsson RÅ & Antman P. Välfärd på entreprenad. I: J Palme & I Wennemo (Red). *Generell välfärd. Hot och möjligheter?* Välfärdsprojektet, Stockholm: Norstedts, 1996.
- Gonäs L, Johansson S & Svärd I. *Vad händer med kvinnors arbete när den offentliga sektorn skärs ner?* Undersökningsrapport från Arbetslivsinstitutet, 1995:22.
- Hacker W. 1993 Objective work environment: Analysis and evaluation of objective work characteristics. In: F. La Ferla & L. Levi (Eds) *A healthier work environment: Basic concepts and methods of measurement*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.
- Hagberg M m.fl. *Sjukvårdens arbetsmiljö (SAM)*. Forskningsprogram för Arbetsmiljöinstitutet 1990/91 och förslag till inriktning 1991 till 1995. Arbetsmiljöinstitutet, 1990.
- Hagberg M & Hogstedt C (Red). *Stockholmsundersökningen 1. Data från en tvärsnittundersökning av ergonomisk och psykosocial exponering samt sjuklighet och funktion i rörelseorganen*. Stockholm, MUSIC Books, 1991.
- Hallsten L. Styrssystem och arbetets mening. I: T. Theorell, A. Härenstam & E. Bejerot (Red). Konferensen om ekonomiska styrssystem och deras effekter på arbetsmiljön i vård. *Stressforskningsrapporter*, Karolinska institutet, Nr 231, 1991.
- Hallström J. Hälso- och sjukvård, Sni 851, 1993-1997. Arbetsskaderapport från Arbetsskadegruppen, Yrkesinspektionen i Stockholm, nr 3, 1998.
- Hedlin M & Petersson G. *Kartläggning av ambulanspersonalens arbetsmiljö*. Arbetsarkivstyrelsen, 1998:7.
- Hertting A (Red). Smärttillstånd i rörelseorganen. En folkhälsofråga för Kommunerna, Hälso- och sjukvården och Arbetslivet. Rapport från Samhällsmedicinska enheten och Primärvårdens utvecklingsenhet, Örebro läns landsting. *Heureka*, Nr 36, 1998.
- Herzberg F. *Work and the nature of man*. New York: Crowell Company, 1966.
- Herzberg F, Mausner B & Snyderman BB. *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1959.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763; 1985:560; 1997:1421.
- Härenstam A, m.fl. *MOA-moderna arbetsvillkor och angränsande livsvillkor för kvinnor och män. – Metodutveckling för befolkningsstudier*. Yrkesmedicinska enheten Stockholm och Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Örebro, 1995-1998. Lägesrapport 3 (1998-05-25) till Rådet för Arbetslivsforskning (Dnr 95-0331), 1998.

- Härenstam A & Bejerot E. Styrssystem, effektivitet och arbetsvillkor. I: G. Westlander (Red). *På väg mot det goda arbetet. Om akademikers arbetsvillkor*. Fakta från Arbetslivsinstitutet, 1995.
- Härenstam A, Johansson K, Wiklund P, Ahlberg-Hultén G & Westerberg H. *Lust att vårda eller vårdförlust? En studie av vårdarbetare ur ett internt och externt perspektiv*. Rapport från MOA-projektet, Yrkesmedicinska enheten, 1996:9.
- Internkontroll av arbetsmiljön. ASF 1996:6.
- Johnson JV & Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Publ Health*, 1988, 78(10), 1336-1342.
- Johnson JV, Hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang N-Y & Klag MJ. The psychosocial work environment of physicians. *JOEM*, 1995, 37(9), 1151-1159.
- Johansson JÅ. The impact of decision latitude, psychological load and social support at work on musculoskeletal symptoms. *Eur J Publ Health*, 1995, 5, 169-174.
- Johansson JÅ. *Psychosocial factors at work and their relation to musculoskeletal symptoms*. Dissertation, Department of Psychology, University of Gothenburgh, 1994.
- Josephsson M. Musculoskeletal symptoms, physical exertion and psychological job strain among nursing personnel. Lic.avh, Arbetslivsinstitutet, *Arbete & Hälsa*, 1996:22.
- Kalimo R. Psychosocial factors and workers' health: an overview. In: R. Kalimo, MA. El-Batawi & CL. Cooper (Eds). *Psychosocial factors at work and their relation to health*. World Health Organization, Geneva, 1987.
- Kalimo R., El-Batawi MA. & Cooper CL (Eds). *Psychosocial factors at work and their relation to health*. World Health Organization, Geneva, 1987.
- Karasek R & Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, Inc Publishers, 1990.
- La Ferla F. & Levi L. (Eds). *A healthier work environment: Basic concepts and methods of measurement*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.
- Laius G & Åberg P. *Kompetensbehov för framtidens landsting. Vad betyder Stockholmsmodellen för mig? Något om sambandet mellan förändringar i administrativa arbetsuppgifter och förändrade yrkesroller samt kompetensbehov*. Slutrapport. Arbetstagarkonsult AB, februari 1992.

- Laius G & Åberg P. *Ett år med Stockholmsmodellen. Arbetsuppgiftsförändringar och kompetensbehov*. Delrapport nr 1. Arbetstagar-konsult AB, 1993a.
- Laius G & Åberg P. *Ett år med Stockholmsmodellen. Arbetsuppgiftsförändringar och kompetensbehov samt personalinflytande, arbetsplatsmöten och beredningsgrupper*. Sammanfattning, Arbetstagar-konsult AB, 1993b.
- Laius G & Romö Ankarcrone A. *Temperaturmätning. "Hur har vi det idag?" Uppföljning av Utvecklingsplanen*. Delrapport 1. 1997.
- Laius G. Utvecklingsseminarier. "Hur vill vi ha det?" Uppföljning av Utvecklingsplanen. Delrapport 2. 1997a.
- Laius G. "Låt oss vara med!" Uppföljning av Utvecklingsplanen – Personalens arbetssituation. Slutrapport. 1997b.
- Landstingsförbundet. *Landsting i förändring. Några exempel*. Stockholm, 1991.
- Landstingsförbundet. *Landstingens ekonomi*. Stockholm, april 1995, maj 1996(a), december 1996(b).
- Larsson G & Setterlind S. Work load/work control and health: moderating effects of heredity, self-image, coping, and health behavior. *Int J Health Serv*, 1990, 1-2, 79-88.
- Lazarus RS & Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
- Levi L. Work, worker and well-being: an overview. *Work & Stress*, 1994, 8(2), 79-83.
- Levi L. *Folkhälsa, makt, demokrati*. LO:s demokratiarbete. Folket styr, 1998.
- Lindström K, Kiviranta J, Bach E, Bast-Pettersen R & Toomingas A (Eds) *Research on work organization and well-being among health care personnel*. Nordic Council of Ministers, Copenhagen, TemaNord, 1994:581.
- Lindström K. Psychosocial criteria for good work organization. *Scand J Work Environ Health* 1994, 20, 123-133.
- Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: The functions of control and escapist coping pattern. *J of Org Behav*, 1991, 12, 123-44.
- Landsorganisationen. *Arbetsmiljöarbetet på 90-talet*. Framsteg och bakslag. LO, 1996.
- Nu riktas blickarna mot sjukhusen. Hur mår personalen egentligen?* Huvudstadsbladet, Helsingfors, 981203.
- Orth-Gomér K, Moser V, Blom M, Wamala S & Schenck-Gustafsson K. Kvinnostress kartläggs. Hjärtsjukdom hos Stockholmskvinnor orsakas i lika hög grad av stress i familjen som i arbetet. *Läkartidningen*, 1997, 94(8), 632-38.

- Peterson M & Wilson J. Job satisfaction and perceptions of health. *JOEM*, 38(9), 1996.
- Petterson I-L. *Health care in transition - Threat or opportunity? Psychosocial work quality and health for staff and organization*. Akademisk avhandling, Karolinska institutet, Stockholm, 1997.
- Petterson I-L. Health Care Workers in Transition. Organizational and Staff Well-being. (Submitted 1998).
- Petterson I-L & Arnetz BB. Psychosocial stressors and Well-being in Health Care Workers. The impact of an intervention program. *Soc Sci Med*, 1998, 47(11), 1763-1772.
- Petterson I-L & Arnetz B. *Arbetsmiljökartläggning och verksamhetsutveckling på Södersjukhuset*. Rapport från Divisionen för Yrkesmedicin, Karolinska institutet, Centrum för Yrkes- och miljömedicin, Samhällsmedicin Syd och Statens institut för psykosocial miljömedicin, Nr 1, 1996.
- Petterson I-L & Arnetz BB. Measuring Psychosocial Work Quality and Health. Development of Health Care Measures of Measurement. *J Occup Health Psychol*, 1997, 2(3), 229-241 (a).
- Petterson I-L & Arnetz BB. Perceived Relevance of Psychosocial Work Site Interventions for Improved Quality of Health Care Work Environment. *Vård i Norden*, 1997, 18(1), 4-10 (b).
- Petterson I-L, Arnetz BB & Arnetz JE. Predictors of Job Satisfaction and Job influence - Results from a National Sample of Swedish Nurses. *Psychother & Psychosom*, 1995, 64, 9-19.
- Piedmont RL. A Longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *J of Personality Assessment*, 1993, 61(3), 457-473.
- Pingel B & Robertsson H. Arbetsorganisation inom sjukvården ur ett socialpsykologiskt perspektiv. En översikt över forskning och utvecklingsarbete inom landstingen. *Arbete & Hälsa*, Solna, 1992:20.
- Pingel B & Robertsson H. Yrkesidentitet i sjukvård - position, person och kön. *Arbete & Hälsa*, 1998:13.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC & Timothy AR. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 1995, 71, 1263-1269.
- Rosenstock L. Work organization Research at the National Institute for Occupational Safety and Health. *J Occup Health Psychol*, 1997, 2(1), 7-10.
- Rättvisutredningen, SOU, 1996.
- Samhällsmedicinska enheten. *Prioriteringar i sjukvården. Personalens attityder - en riksenkät*. Stockholm, Samhällsmedicin, Huddinge Sjukhus, 1993.

- Schaufeli WB, Maslach C & Marek T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis, 1993.
- Sinkonen S. Quality of work life and work environment among health care personnel. In: K Lindström, J Kiviranta, E Bach, R Bast-Pettersen & A Toomingas (Eds). *Research on work organization and well-being among health care personnel. TemaNord*, 1994:581.
- Socialstyrelsen. *Sjukvården i Sverige 1998*. Stockholm: Elanders Gotab, 1998.
- Strandberg M. & Arnetz BB. Kvinnliga läkare mår sämre än sina manliga kollegor. *Läkartidningen*, 1989, 86, 4402-4405.
- Söderfeldt M. *Burnout?* Doct. Diss, Lund University, School of Social Work. Lund, 1997:2.
- Theorell T & Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol*, 1996, 1(1), 9-26.
- Theorell T, Härenstam A & Bejerot E (Red). Konferensen om ekonomiska styrsystem och deras effekter på arbetsmiljön i vård. *Stessforskningsrapporter* från Statens institut för psykosocial miljömedicin och Institutionen för Stressforskning, Karolinska institutet, Nr 231, 1991.
- Theorell T, *Delegationen för jämställdhetsforskning & FRN*, rapport nr 17, jan 1990, s 43-58.
- Theorell T, Ahlberg-Hultén G, Sigala F, Perski A, Söderholm M, Kallner A & Eneroth P. A psychosocial and biomedical comparison between men in six contrasting service occupations. *Work & Stress*, 1990, 4, 51-63.
- Theorell T. Fighting for and losing or gaining control in life. *Acta Physiol Scand Suppl.*, 1997, 649, 107-111.
- Todd DJ. Managing and coping with budget-cut stress in hospitals. In: R Payne & J Firth-Cozens (Eds). *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley & Sons, 1987.
- Toomingas, A. Methods for the evaluation of work-related musculoskeletal neck and upper-extremity disorders. Lic-avhandling från Karolinska institutet. *Arbete och hälsa*, 1996:17.
- Tåhlin M. Psykosociala arbetsvillkor och nedsatt hälsa i olika yrkesgrupper i Sverige. En analys på grundval av levnadsnivåundersökningen 1989. I: *Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker. Bilagedel F: Hjärtinfarkt, psykosocial belastning, självmord*. Rapport inom Arbetsmiljökommissionens kartläggning, 1989.
- Undén A-L. *Social support and health: Methodology. relationship to work environment and to ischaemic heart disease*. Doct Diss, Karolinska institutet, 1991.

- Undén A-L, Orth-Gomér K & Elofsson S. Cardiovascular effects of social support in the work place: Twenty-four hours ECG-monitoring of men and women. *Psychosomatic Medicine*, 1991, 53, 50-60.
- Westlander G. (Red). *På väg mot det goda arbetet. Om akademikers arbetsvillkor*. Fakta från Arbetslivsinstitutet, 1995.
- Yrkesinspektionens verksamhetsrapport för 1995/96. Arbetarskyddsstyrelsen, 1997.
- Yrkesinspektionen i Stockholm. *Hälsa- och sjukvård. Arbets-skaderapport från Arbetsskadegruppen*, nr 3, 1998.
- Yrkesinspektionen i Örebro distrikt. *Ohälsa och negativ stress i ett arbetsliv i förändring. Ett underlag för tillsynsarbete utarbetat av en arbetsgrupp vid Yrkesinspektionen i Örebro*, 1998 (a).
- Yrkesinspektionen i Örebro distrikt. *En förfinad praxis för tillsyn av organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågor*. Yrkesinspektionen i Örebro, 1998 (b).
- Åsheden S. *Ambulanspersonalens arbetsmiljö*. TM RäddningsMedicin, Nr 5, 1998.

4 En empirisk jämförelse mellan landsting med olika styrmodeller

Av Rolf Å. Gustafsson och
Inga-Lill Petterson

4.1 Vad säger SCB:s Arbetsmiljöundersökningar 1989–1997 om förändringar i vårdens arbetsmiljöer?

Av redovisningen i kapitel 3 framgår att det ofta är mer påfrestande att arbeta inom vård- och omsorg än att arbeta i verksamhet där planering, administration, produktion och försäljning av materiella ting och varor är verksamhetens kärna. Detta har varit känt sedan lång tid tillbaka. Ett exempel är den tidigare citerade bearbetningen av 1981 års levnadsnivåundersökning, som genomfördes som en del av Arbetsmiljökommissionens arbete under 1989. Tåhlin (1989) avslutar sitt bidrag med bl.a. följande sammanfattning:

Om någon enskild sektor av arbetslivet skall urskiljas vad gäller stressrisker, så är det sjukvården. Här är uppenbarligen den psykosociala arbetsmiljön bristfällig och detta tycks gälla för både män och kvinnor och för såväl kvalificerad som okvalificerad personal (s.25).

Dessa resultat bygger på att krav-kontroll-modellen eller Karasek-modellen tillämpats vid analysen av data. I avsnitt 3.1 har vi sett att man med denna modell i en lång rad studier visat att arbete, som karakteriseras av upplevelser av låg kontroll i kombination med hög arbetsbelastning, dvs. spända arbeten, ofta är relaterade till stressreaktioner och riskfaktorer för ohälsa. Ofta används självskattningar som

underlag för analyserna, dvs. studierna bygger på svarspersonens egna upplevelser av arbetet och hälsotillståndet. I andra studier har självskattningar kompletterats med expertbedömningar av arbetsmiljö och hälsa, eller fysiologiska mätningar och uppmätta nivåer av stresshormoner som mått på stressreaktioner. Levi (1994) menar att självskattning är det mest valida sättet att mäta arbetsrelaterad hälsa eftersom man kan vara starkt stressad trots objektivt gynnsamma arbetsvillkor.

I det kommande fokuseras analysen på olika gruppers arbetsupplevelser. Men vad betyder egentligen att 79 procent av landets manliga läkare och 76 procent av de kvinnliga uppger att de har ett psykiskt ansträngande arbete? Och hur skall vi tolka det faktum att samma år (1995) uppgav även 79 procent av manliga och 69 procent av kvinnliga undersköterskor att de hade ett psykiskt påfrestande arbete (Skjöld, 1997, s. 84)? Är detta "mycket" eller "lite"? Har det blivit "sämre" eller "bättre"? Hur hänger svaren ihop med olika yrkesgruppers anspråk och förväntningar på arbetet?

4.2 Studiens syfte, uppläggning och material

För att göra rimliga och intressanta tolkningar av information om hur människor upplever sina arbeten, krävs *dels* att man kan skapa en bild av hur upplevelserna förändras över tid, *dels* att man kan jämföra hur positiva och negativa arbetsupplevelser fördelas mellan olika grupper. För att få några övergripande indikationer på hur vårdens arbetsmiljö förändrats under 90-talet, har vi genomfört en egen bearbetning av det material, som samlats in genom de landsomfattande undersökningar av arbetsmiljön, som genomförs av Statistiska Centralbyrån (SCB). Studien har genomförts i samarbete med Arbetshälsosektionen vid Yrkesmedicinska enheten, Samhällsmedicin, Stockholm. Statistiker Patrik Nise har varit behjälplig vid den statistiska bearbetningen.

SCB följer förändringar i svenskt arbetsliv med kontinuerliga arbetskraftsundersökningar (ASS & SCB, 1996). På uppdrag av Arbetskyddsstyrelsen genomför SCB vartannat år sedan 1989 en Arbetsmiljöundersökning. I samband med Arbetskraftsundersökningarna (AKU) besvaras ett antal tilläggsfrågor samt en enkät av ett urval av 10–15 000 ur den sysselsatta befolkningen. Bortfallet har av SCB i olika faser uppskattats till högst 25 procent. Vår empiriska studie är en uppföljning av ett antal frågor ur Arbetsmiljöundersökningen. Valet av mått/frågor har baserats på syften, som uttryckts i samband med införandet av de nya organisationsformerna samt risksituationer med hän-

syn till tidigare arbetsmiljöforskning. I vår studie jämförs fyra gruppers arbetsupplevelser med varandra och över tid:

Vårdpersonal-Stockholm består av ett representativt urval av vårdpersonal, som är bosatta i Stockholms län. För att kunna få en bild av huruvida reaktionerna hos denna grupp kan bedömas sammanhånga med att man arbetar i vården, eller om enkätsvaren snarare bör tolkas som uttryck för att man arbetar i Stockholm med dess specifika arbetsmarknad etc., så redovisas också arbetsupplevelser i gruppen *övriga yrken-Stockholm*.

Ett huvudsyfte med vår studie är att jämföra arbetsupplevelserna bland vårdpersonalen i Stockholm med den grupp vi betecknar *vårdpersonal-traditionell ekonomistyrning*. Den senare gruppen är att betrakta som en kontrollgrupp, eftersom där ingår vårdpersonal från 13 län där landstingen inte infört (eller planerat att införa) köp-sälj-system. Vår studie har på denna punkt samma uppläggning som den produktivitetssstudie som Ernst Jonsson genomfört (Jonsson 1994, se även kap 2). Han jämför där Stockholm med 14 landsting och konstaterar då att produktivitetsökningen varit förhållandevis högre i Stockholm.²² Detta tolkas som en effekt av Stockholmsmodellens köp-sälj-system. Genom att lägga upp vår studie på liknande sätt, hoppas vi således att i någon mån kunna kompensera bristen på uppföljning av arbetsmiljöförändringar i samband med införandet av nya ekonomistyrningssystem.

Den fjärde gruppen benämner vi *övriga yrken-jämförelse* och består av alla övriga anställda inom de 13 län som angivits ovan. Arbetsupplevelserna hos denna grupp är att betrakta som en "baslinje", som möjliggör jämförelser med främst gruppen vårdpersonal-traditionell ekonomistyrning (på samma sätt som jämförelser kan göras mellan

²² Jonsson (1994) jämför Stockholms läns landsting med en kontrollgrupp bestående av 14 landsting (Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Halland, Älvsborg, Skaraborg, Värmland, Västmanland, Västernorrland, Jämtland, Norrbotten, Gotland samt Malmö stad), som 1986-93 inte infört eller beslutat införa något slag av köp-sälj-system utan fortsatt med traditionell anslagsfinansiering och styrning av sjukvården. Vissa mindre förändringar har efter 1993 införts i Älvsborg, Skaraborg, Värmland, Malmö stad. Vår indelning i vårdpersonal-Stockholm respektive vårdpersonal-traditionell ekonomistyrning följer samma mönster, men bygger av tekniska skäl på motsvarande län.

Av den anledningen har Malmö stad utgått ur studien. Som kontroll har samma bearbetning gjorts med tillägg av Malmöhus län i kontrollgruppen. Resultatet blir detsamma. Samma frågor har också bearbetats för en grupp bestående av Stockholms läns landsting, Dalalandstinget, Bohuslandstinget och Örebro läns landsting. Denna grupp bedömdes i Jonssons studie som de landsting, som 1993 hade infört mest av köp-sälj-modellen. Resultatet visar i stort samma trend som Stockholms läns landsting och avvikelser kommenteras.

vårdpersonal-Stockholm och övriga yrken-Stockholm för att få en bild av hur vårdirken generellt skiljer sig från övriga, bortsett från den roll som olika ekonomistyrningssystem kan ha på vårdpersonalens upplevelser). Storleken på de urval som använts för ovanstående fyra grupper framgår av Tabell 11.

Tabell 11 Urval i olika grupper och mättillfällen 1989–1997

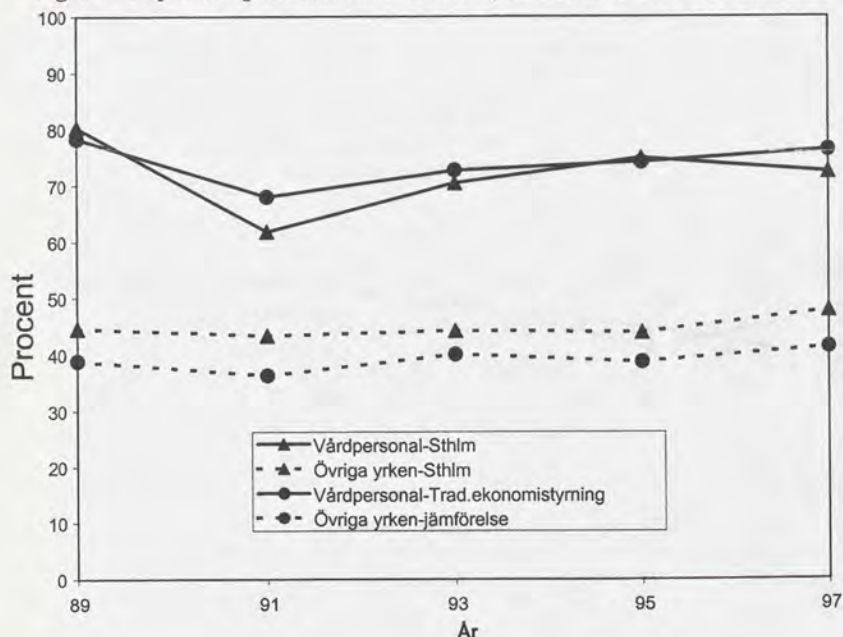
Urval/år	1989	1991	1993	1995	1997	Totalt
Vårdpersonal-Stockholm	94	186	150	162	203	795
Övriga yrken-Stockholm	1 087	1 987	1 622	1 684	1 624	8 004
Vårdpersonal-traditionell ekonomistyrning	223	403	384	435	479	1 924
Övriga yrken-jämförelse	2 935	3 837	3 322	3 373	2 824	15 947

SCB:s arbetsmiljöundersökningar bygger på län, varför vi här gör ett antagande att anställda i ett visst landsting i stort sammanfaller med vårdanställda inom motsvarande län.

4.3 Resultat och tolkningar

I de två första figurerna redovisas upplevelser av psykisk respektive fysisk påfrestning. Figur 9 redovisar ett tydligt mönster vad gäller *psykisk påfrestning* i arbetet. *Vårdpersonal ligger stabilt på en genomgående betydligt högre nivå* än medeltalen för övriga yrken: 65–80 procent av vårdpersonalen upplever sitt arbete som psykiskt påfrestande jämfört med ett medeltal på 35–50 procent för alla övriga yrken.

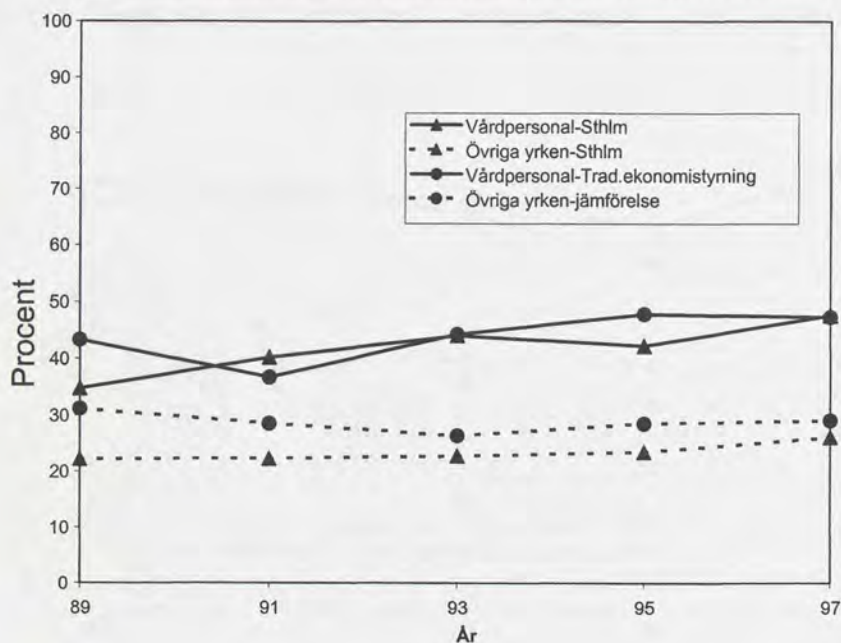
Figur 9 Psykiskt påfrestande arbete (instämmer helt+instämmer delvis)



Samtidigt vet vi att upplevelser av psykiskt ansträngande arbete är vanligast bland högre tjänstemän (64% 1995). Att så många som 65–80 procent av hela vårdpersonalen upplever arbetet som psykiskt ansträngande måste därför betraktas som någonting anmärkningsvärt och specifikt för vården. Inom vården dominerar ju antalmässigt yrkeskategorier, som tillhör lägre socio-ekonomiska grupper. Tillspetsat kan man kanske uttrycka det som att vårdbiträdet lever i en arbetsmiljö, som är lika psykiskt ansträngande som den högre tjänstemannens samtidigt som hon lever av en arbetarlön.

Av figuren framgår också att det inte förekommer några större skillnader mellan vården i Stockholm och traditionellt organiserad verksamhet vad gäller andelen personal, som upplever arbetet som psykiskt påfrestande.

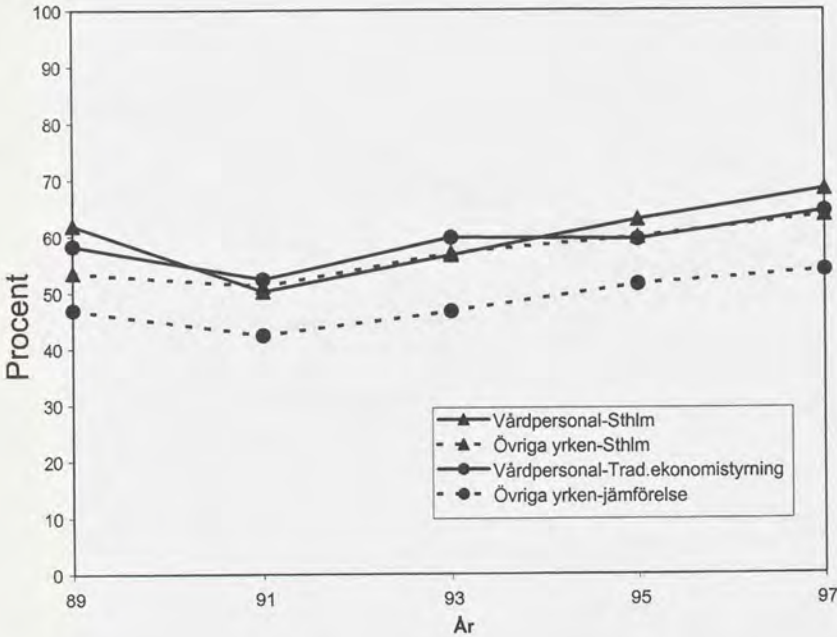
Figur 10 Påfrestande tungt arbete (instämmer helt+instämmer delvis)



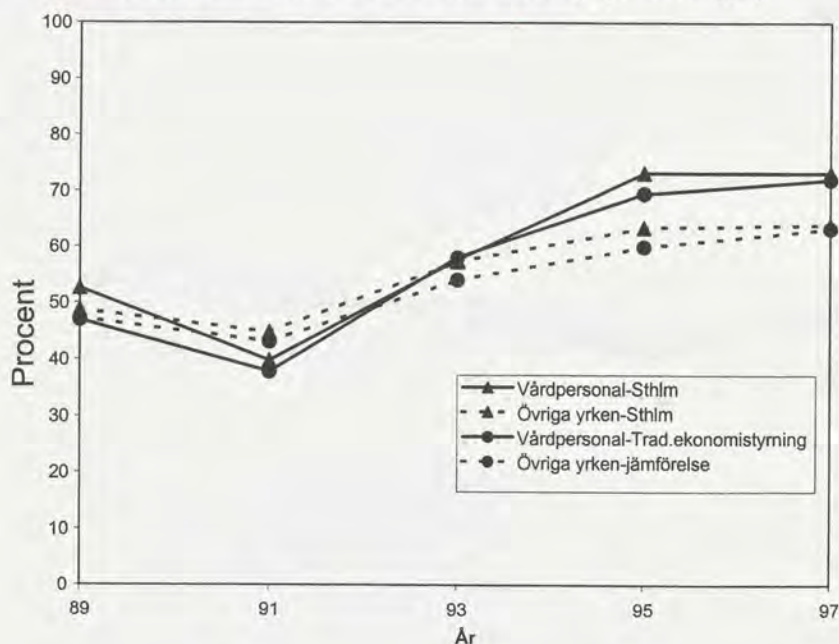
Figur 10 visar upplevelser av *fysisk påfrestning* i arbetet. Även här kan urskiljas ett tydligt och stabilt mönster. *Vårdpersonalen ligger på en genomgående betydligt högre nivå än medeltalen för övriga yrken.* I så motto är det samma mönster i vårdpersonalens upplevelser av såväl fysiska som psykiska påfrestningar. Man kan dock fastslå en oroväckande förändring till det sämre över tid när det gäller de fysiska påfrestningarna, eftersom *en allt större andel av vårdpersonalen upplever sitt arbete fysiskt påfrestande.*

Inte heller när det gäller upplevelser av fysisk påfrestning i arbetet är det rimligt att tala om några större skillnader mellan personal i Stockholm och de som arbetar i mer traditionellt organiserade landsting.

Figur 11 Alldeles för mycket att göra (instämmer helt+instämmer delvis)



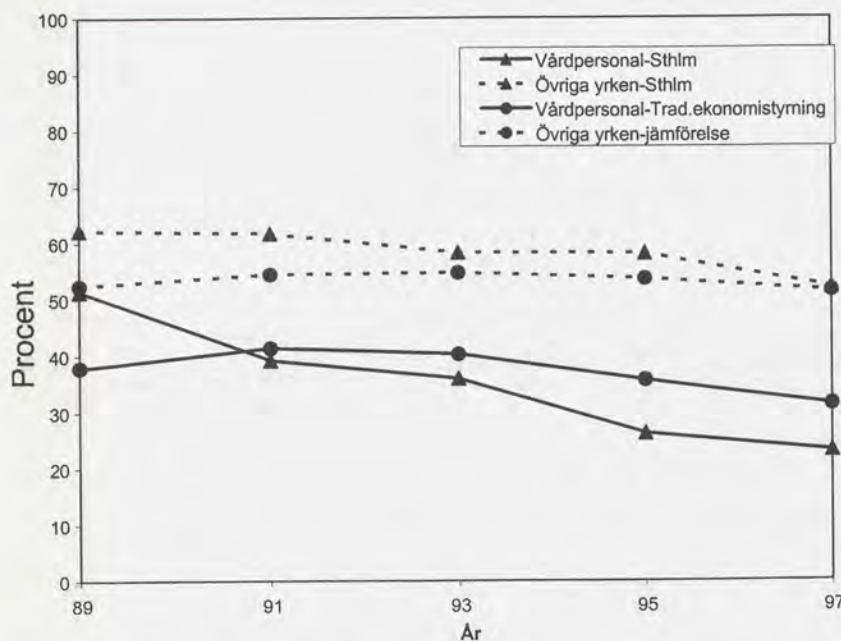
Figur 11 visar upplevelser av alltför hög arbetsbelastning, dvs att man anser sig ha *alldeles för mycket att göra*. Vårdpersonalen ligger genomgående på en hög nivå. Det kanske mest oroande tecknet är dock att det här finns en generell tendens att alltfler anställda upplever arbetsbelastningen som alltför hög. När det gäller denna fråga indikerar svaren också att vi kan ha med ett storstadsfenomen att göra, eftersom även gruppen övriga yrken i Stockholm ligger på en hög nivå. Detta emotsägs dock av att trenden för vårdpersonal - traditionell ekonomistyrning är densamma.

Figur 12 Arbetstakten ökat senaste 5 åren (mycket+något)

Figur 12 redovisar andelen som upplever att *arbetstakten ökat*. Frågan har ställts till alla som arbetat 5 år eller mer i yrket. *Det är fler bland vårdpersonalen än bland övriga yrken som under de senaste sex åren (tre mättillfällen) uppgivit att arbetstakten ökat. Detta är en stark negativ trend ur arbetsmiljösynpunkt.* Samtliga grupper har visserligen – i likhet med vad som gäller för upplevelser av alltför hög arbetsbelastning – en negativ utveckling vad gäller synen på hur arbetstakten ökat. Vårdpersonalens upplevelser är dock dramatiska när det gäller arbetstaktens ökning: 1991 ansåg ca 40 procent att arbetstakten ökat mycket eller något, 1997 ansåg drygt 70 procent att så skett. I tolkningen av svaren på denna fråga är det viktigt att hålla i minnet att en stor del av vårdpersonalen redan tidigare upplevt arbetsbelastningen som alltför hög. Ställt på sin spets kan man sammanfatta det som att vårdpersonalen tvingats att ”gå ut hårt och öka arbetstakten successiv” under 90-talet.

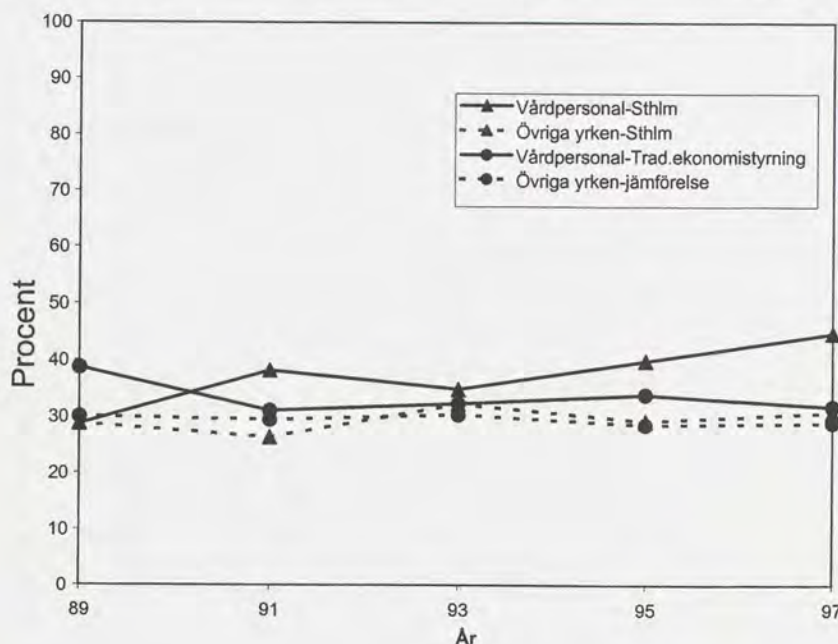
När det gäller arbetsbelastning eller arbetstakt kan man knappast tala om några stora dramatiska skillnader mellan *vårdpersonal-Stocholm* och *vårdpersonal-traditionell ekonomistyrning*.

Figur 13 Obundet och fritt arbete (instämmer helt+instämmer delvis)



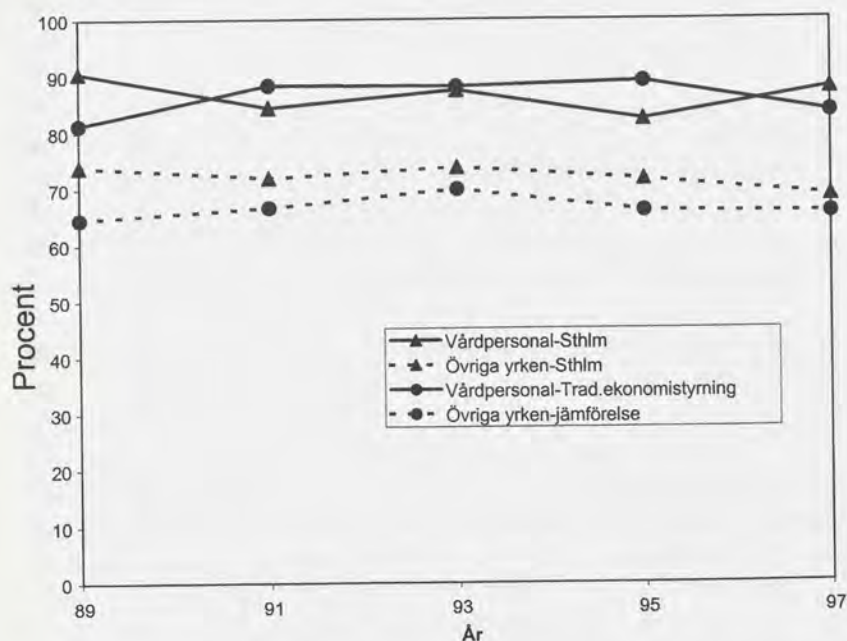
Figur 13 visar hur stor självständighet eller *frihet i arbetet* olika grupper upplever sig ha. Vi känner igen det mönster som upprepat sig i flera av de frågor vi studerat. Jämfört med övriga yrken, bedömer en mindre andel av vårdpersonalen att de har stor frihet i arbetet och denna negativa tendens förstärks över tid. Vårdpersonalen är således missgynnad även i detta avseende.

När det gäller andelen som bedömer sig ha stor frihet i arbetet kan vi här dessutom konstatera en *dramatisk negativ förändring för gruppen vårdpersonal-Stockholm*: 1989 angav drygt 50 procent av Stockholms vårdpersonal att de hade stor frihet i arbetet, 1995 knappt 25 procent. Utvecklingen är sämre än för vårdpersonal-traditionell ekonomistyrning. Traditionella landsting upplever sedan 1991 större frihet i arbetet än vårdanställda i Stockholm, där kurvan stadigt sjunkit från 1989 till 1997.

Figur 14 För lite inflytande (instämmer helt+instämmer delvis)

Figur 14 visar upplevelser av *bristande möjligheter till inflytande*. Beroende på frågans konstruktion kan vi förvänta en spegelbild i förhållande till mönstret i Figur 13. Så är också i stort sett fallet vad gäller vårdpersonal-Stockholm, som är den grupp där flest upplever att de har för lite inflytande i arbetet. För brist på inflytande syns de största skillnaderna mellan Stockholms läns landsting och traditionella landsting. För traditionellt styrda landsting har möjligheter till inflytande snarast förbättrats under 90-talet. *Vårdpersonal i Stockholms län är också den enda av de undersökta grupperna där andelen som upplever brist på möjligheter till inflytande ökat betydligt*. Denna utveckling är anmärkningsvärd mot bakgrund av de ursprungliga intentionerna med organisationsförändringarna.

Figur 15 Mycket meningsfullt arbete (instämmer helt+instämmer delvis)



Figur 15 visar andelen som upplever en hög grad av *meningsfullhet i arbetet*. Svaramönstret skiljer sig här på ett tydligt sätt från vad som framkommit tidigare. Man kan uttrycka det som att bilden blir den "omvända": *Vårdpersonalen ligger här på en genomgående högre nivå vad gäller positiva arbetsupplevelser* än övriga yrken: 80–90 procent av vårdpersonalen upplever en hög grad av meningsfullhet i sitt arbete jämfört med 65–75 procent av dem som har andra arbeten.

Detta kan tolkas som en indikation på en typ av arbetsupplevelser, som är karakteristiska för vård- och omsorgsyrken, där arbetsinnehållet ofta innebär hjälpsamt och stödjande mellanmänniska relationer av olika slag. Detta kan jämföras med vad Astvik & Aronsson (1994, s. 10) skriver om hemtjänstarbetet

forskningen och diskussionen om det goda arbetet har vanligtvis inte uppmärksammat att relationen till de individer för vilka arbetet utförs – vårdtagare, klienter – kan vara så högt rangordnat som aspekt av det goda arbetet.

Det pågår för närvarande metodutvecklingsarbete inom arbetsmiljöforskningen, som syftar till att skapa nya mätmetoder (frågebatterier),

som bättre kan spegla upplevelser och reaktioner i "relationsyrken" av olika slag men också förändrade arbetsvillkor (se vidare kapitel 3). I en översikt över SCB:s studier av arbetsmiljön i Sverige finns följande kommentar:

Arbetets förmåga att ge någonting utöver förtjänsten beror naturligtvis på dess innehåll. Att ha mycket att göra med människor ger uppenbarligen tillfredsställelse med arbetet. 1986-87 uppgav t.ex. bara 18 procent av arbetare sysselsatta inom undervisning, sjukvård och socialvård att de hade en instrumentell inställning till arbetet mot 50 procent inom tillverkningsindustrin." (Skjöld, 1997, s.85).

Med instrumentell inställning till arbete menas att arbetet upplevs som ett medel att nå vissa mål, dvs. man arbetar för att få lön, medan man med expressiv inställning menar att arbetet är ett mål i sig och nära relaterar till yrkesidentitet. Det faktum att instrumentell inställning till arbetet är betydligt mindre vanligt inom vårdirken understryker enligt vår mening behovet av teori- och metodutveckling inom arbetsmiljöforskningen. Genom ett sådant arbete skulle sannolikt fler "vårdspecifika" reaktioner på nya ekonomistyrningssystem och organisationsförändringar i övrigt kunna analyseras, än vad som är möjligt ned de frågor som använts här (Se vidare Gustafsson, 1994, s. 139ff).

4.4 Sammanfattning och slutsatser

Vår studie tyder på att vårdirken som grupp i jämförelse med övriga yrken har en högre andel negativa arbetsupplevelser av en viss typ. Det är förhållandevis fler som uppger att arbetet är *psykiskt och fysiskt påfrestande, att arbetsbelastningen är hög och att arbetstakten ökat*. I jämförelse med övriga yrken finns även en tendens till försämringar över tid för vårdpersonalens del. Så långt kan inga avgörande skillnader iaktas mellan vårdpersonal i Stockholm och den grupp vårdpersonal, som arbetar inom mer traditionellt organiserad verksamhet under 1990-talet.

Vi kan däremot se att gruppen vårdpersonal-Stockholm skiljer sig markant från gruppen vårdpersonal-traditionell ekonomistyrning när det gäller *upplevelser av frihet i arbetet och möjligheter till inflyande*. Enligt vår bearbetning av SCB:s arbetsmiljöundersökningar minskar upplevelserna av frihet i arbetet och inflytandet i takt med att arbetsbelastningen och kraven ökar, speciellt bland vårdpersonal i Stockholm. Genom tidigare arbetsmiljöforskning vet vi att kombinationer lågt inflytande och hög arbetsbelastning utgör en risksituation ur hälsyn-

punkt, som även bär på försämringar i sociala avseenden. Att vårdpersonal generellt upplever sitt arbete som belastande och tungt i flera avseenden är ingenting nytt. Det har konstaterats tidigare i flera vetenskapliga undersökningar. Att denna situation fortfarande råder och dessutom har en tendens att förstärkas över tid, bekräftas i vår studie. Vad som här tillkommer är en indikation på att de nya ekonomistyrningssystemen är förknippade med att en ökande andel vårdpersonal upplever brist på inflytande och att färre upplever frihet i arbetet.

Det finns både samhällsvetenskapliga teorier och empiriska resultat från arbetsmiljöforskningen, som indikerar att vårdarbete – överhuvudtaget arbeten, som karakteriseras av ett stort mått av nära, stödjande, hjälpande och allsidiga mellanmänniska relationer – innebär speciella utmaningar och möjligheter. Det finns anledning att fästa uppmärksamhet på det ekonomiska och sociala risktagande, som är förknippat med att genomföra organisationsförändringar inom vården utan tillräcklig lyhördhet för de upplevelser av meningsfullhet, som ett vårdarbete uppenbarligen kan innebära i gynnsamma fall och som är en förutsättning för god vårdkvalitet.

Vår egen bearbetning av SCB:s arbetsmiljöundersökningar visar att det är svårt att uppbåda stöd för tanken att de nya ekonomistyrningssystemen skulle innebära förbättringar ur arbetsmiljösynpunkt – en tanke som framförts som en möjlighet under 1990-talets början (se kap 2) - men det är å andra sidan svårt att utifrån insamlat material i detalj fastslå vilka grupper av vårdpersonal som fått en försämrad arbetsmiljö och hur detta specifikt kan relateras till 1990-talets omorganiseringar, nedskärningar och produktivitetshöjningar. Detta understryker behovet av att både inom samhällsvetenskaplig forskning och vid planering av nya vårdpolitiska förändringar visa ett större intresse för arbetsmiljöutvecklingen inom vården, än vad som skett under 1990-talet.

Referenser

- Arbetsarkyddsstyrelsen & Statistiska centralbyrån. (1996) *Arbetsmiljön 1995. Statistiska meddelanden*. Sveriges officiella statistik.
- Astvik, W. & Aronsson, G. (1994) Det goda arbetet i hemtjänsten. I: G. Aronsson, W. Astvik, Å. Kilbom, C-H. Nygård, N F. Petersson & M. Torgén. Vårdbiträde i öppen hemtjänst och vid servicehus. Solna, Arbetsmiljöinstitutet. *Arbete och Hälsa*, 1994:32.
- Gustafsson, RÅ (1994) Arbetsorganisatoriska risker med de nya ekonomistyrningssystemen. I: R.Å. Gustafsson, (red) *Köp och sälj, var god svälj? - världens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm, Rådet för arbetslivsforskning.
- Jonsson, E. (1994) *Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna? - En jämförande utvärdering*. Stockholms universitet, Institutet för kommunal ekonomi.
- Levi, L. (1994) Work, worker and well-being; an overview. *Work & Stress*, 8(2), 79-83.
- Skjöld, C. (1997) Arbetsmiljön 1975-95. I : SCB. *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995*. Sveriges officiella statistik, Levnadsförhållanden, rapport nr 91.
- Skjöld, C. (1998) Går det att mäta arbetsmiljön? *Välfärdsbulletinen* nr 4.
- Tåhlin, M. (1989). Psykosociala arbetsvillkor och nedsatt hälsa i olika yrkesgrupper i Sverige - en analys på grundval av levnadsnivåundersökningen 1981. I: *Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker. Bilagadel F: Hjärtinfarkt, psykosocial belastning, självmord. Rapport inom arbetsmiljökommissionens kartläggning*. Stockholm: Gotab.

5 Hur gick det med medborgarstyret i 1990-talets sjukvård? En litteraturöversikt

Av Cecilia Eriksson

Förord

Det demokratiska inflytandet över svensk sjukvård står i centrum för den här litteraturöversikten. Problemet är dock sparsamt belyst av svenska samhällsvetare. De har varit märkbart ointresserade av sjukvårdens politiska organisering. Inte ens framväxten av de nya sjukvårdspartierna har lockat deras nyfikenhet. Därför står forskningsläget inte alls i paritet med den allmänpolitiska uppmärksamheten. Det gör att det är mycket svårt att uttala sig med någon bestämdhet om bl.a. vad de olika organisatoriska reformerna åstadkommit när det gäller medborgarnas möjligheter att utöva inflytande över svensk sjukvård. I dessa vitala avseenden får framtiden för svensk sjukvård utformas på en otillfredsställande vetenskaplig grund. Det läget borde inte beslutsfattarna behöva försätta sig i en gång till.

Man skulle kunna se den här rapportens huvudresultat som en relativ framgång för den lilla demokratin – medborgarnas valmöjligheter inom sjukvården har helt enkelt blivit större. Men mot det står fakta om att patienternas och de anhörigas vanmakt inför sjukvården samtidigt ökat. Det gäller särskilt de långtidsarbetslösa och invandrarna. Dessutom har de ideliga försöken att ändra styrformerna inte lett till någon förstärkning av den stora demokratin – den representativa demokratis funktionssätt har knappast fördjupats. En av de viktigaste frågorna i kommande forskning blir därför om klasskillnaderna har ökat i svensk sjukvård.

Om de nu befintliga forskningsresultaten skall tolkas som en demokratisk framgång eller tillbakagång, beror på vilken demokratisyn man

bekänner sig till. Ändå vore det förhastat att av den här rapporten dra slutsatsen att en försvagning av den representativa demokratin är oproblematisk. Även utländska bedömare av svensk sjukvård har konstaterat att politikernas närvaro i sjukvården spelat en stor roll för människors tilltro till sjukvårdssystemet.

En rad skäl talar för att den representativa demokratin inom sjukvårdssystemet kommer att sättas på ännu svårare prov, särskilt om den skall kombineras med ett ökat patientinflytande. Nittioalets ekonomiska sparbetning lär också följas av fler. I det arbete med prioriteringsfrågorna som pågår runtom i landet betyder medborgare visserligen sin tillit till den organiserade, kollektiva sjukvårdspolitiken. Men de ställer också villkor för att ge den sitt fortsatta förtroende, bl.a. att det politiska resultatet skall utmärkas av rättvisa, kunskap och värdighet. Till detta kan läggas ett stigande antal vetenskapliga kontroverser, ibland inom och mellan medicinska professioner, ibland gentemot andra experter. För att lösa dessa motsättningar finns det inga som kan ersätta de folkvalda medborgarföreträdarna med samma grad av legitimitet. På liknande vis ser vi hur varje "avslöjande" om brister i vården leder till att åtminstone media undantagglöst – under allt större svårigheter reformerna till trots – försöker identifiera den som är politiskt ansvarig för missförhållandena. Detta gäller oavsett om organisationen är i privat eller offentlig ägo.

Så slutsatsen skulle alltså snarare handla om att den representativa – stora – demokratin kommer att växa i betydelse, eventuellt jämsides med att den lilla demokratins gränser fortsätter att flyttas ut. Båda förändringarna leder dock till att de förtroendevalda tvingas utveckla sina politiska värden och sina arbetsätt för att svara upp mot medborgarnas allt strängare anspråk på en helhet av kvalitet, effektivitet, frihet och rättfärdighet. Den representativa demokratin behövs men måste förtydligas och fördjupas för att dels kunna lösa sjukvårdens kriser och konflikter, dels undanröja grunderna för patienternas och de anhörigas vanmakt.

Rapporten har utarbetats av fil.mag. Cecilia Eriksson i forskargruppen Novemus vid Örebro universitet under min handledning. Doktoranden Henry Pettersson och forskarseminariet i Novemus har berikat arbetet genom en konstruktiv kritik på en tidigare version av rapporten.

Erik Amnå, universitetslektor

Novemus

Örebro universitet

5.1 Inledning och allmänna utgångspunkter

Det senaste decenniet har inneburit omfattande förändringar för den svenska hälso- och sjukvården. I slutet av 1980-talet stod sjukvården i centrum för den ideologiska systemskiftesdebatten. Efter decennier av expansion innebar 1990-talet också besparingskrav och nedskärningar. Vid sidan av det allmänt försämrade ekonomiska läget skedde även andra förändringar i landstingen. Nya styrformer infördes på flera håll. Valfrihetsreformer genomfördes för att stärka patienternas ställning, och många landsting förändrade sin organisation (införde beställarutförarmodeller, centraliserade eller decentraliserade verksamheten), framför allt för att möta kraven på ökad produktivitet och effektivitet.

Syfte och avgränsningar

Uppdraget för denna rapport är att sammanställa den litteratur som granskat vilken betydelse de nya styrformerna har haft för medborgarnas inflytande över hälso- och sjukvården.

En stor svårighet är dock att direkt avgöra hur olika styrformer och organisatoriska lösningar påverkar medborgarnas möjligheter att utöva inflytande. De förändringar som verkligen förändrar vardagen för personal och medborgare är istället många gånger oberoende av styrprincip. Att modellbeskrivningar dessutom kan vara ganska fyrkantiga bör också hållas i åtanke. Innehållet i samma beteckningar kan variera från landsting till landsting. Eftersom styrmodellerna främst berör de översta nivåerna i organisationen, ger de även en ganska endimensionell bild av förnyelsearbetet. (Olsson 1995, s. 70)

Det finns studier som tyder på att det finns skillnader (exempelvis med avseende på kontakterna mellan medborgare och förtroendevalda) mellan landsting som valt olika organisationsformer, men det är svårt att ringa in orsakerna till olikheterna. Att skillnader kan skönjas mellan landsting som har valt olika organisatoriska lösningar, eller över tid, behöver inte vara ett bevis för att det just är organisationsaspekten som är avgörande. Flera andra faktorer kan naturligtvis också inverka. (Se t.ex. Montin – Olsson 1994, s. 18)

De fåtaliga studier som är gjorda på området skiljer sig också en hel del åt när det gäller metodval och genomförande. Oftast har enkätundersökningar och intervjuer genomförts med medborgare och/eller politiker. De flesta griper över ganska stora områden och fokuserar sällan på förändrade styrformer. Tyngdpunkten i undersökningarna

varierar och det finns även stora skillnader när det gäller sättet att ställa frågor och hur svarsalternativen formulerats. Att direkt jämföra olika undersökningar kan därför vara problematiskt.

De förändrade styrformernas betydelse för medborgarnas inflytande och möjligheterna till politisk styrning kommer i den mån det är möjligt att kommenteras. I många avseenden behandlar emellertid denna litteraturoversikt medborgarnas inflytande över hälso- och sjukvården i stort, utan att direkta kopplingar till styrform görs.

Utgångspunkter för rapporten är *medborgar-* respektive *politikerperspektivet*. För medborgarna är det av intresse att det finns möjligheter att påverka hälso- och sjukvården, både i stora drag och för egen del som patient. Utifrån politikernas horisont är legitimitet och handlingskraft centrala.

För medborgarna är rättssäkerheten också viktig i samband med sjukvård. Att exempelvis kunna hävda en rättighet kan ses som en del av möjligheterna att påverka. Patienternas rättsliga ställning kommer dock enbart att kommenteras översiktligt i denna rapport. Genom ÄDEL-reformen 1992 blev kommunerna huvudmän för en del av vården då helhetsansvaret för äldreomsorgen överfördes till dem. Denna översikt är koncentrerad till den hälso- och sjukvård som är knuten till landstingen och berör därför inte äldreomsorgen.

Antalet privata vårdplatser inom sjukvården har också ökat kontinuerligt under 1990-talet. I och med ÄDEL-reformen blev andelen privata vårdplatser proportionellt sett än större. Samtidigt har de även ökat i antal och 1994/95 utgjorde de privata vårdplatserna ungefär 1/5 av det totala antalet platser. Mest privat vård fanns i Stockholm.²³ Denna sammanställning är emellertid i huvudsak inriktad på den offentliga sjukvården.

Rapportens disposition

Några avsnitt som kortfattat berör demokrati och sjukvård, demokrati-begreppet samt 1990-talets styrformsförändringar följer närmast. En presentation av det material som litteratursammanställningen främst baseras på avslutar sedan den inledande delen.

Medborgarperspektivet respektive politikerperspektivet är därefter utgångspunkterna för översikten. Under *medborgarperspektivet* presenteras först kort medborgarnas syn på sjukvården; hur de ser på finansie-

²³ *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1997*. Med privat vård avses i denna statistik sjukvård som både finansieras och produceras privat, offentligt finansierad men privat driven sjukvård, samt landstingsägda bolag.

ring, vilken inställning de har till privatiseringar, hur nöjda de är med sjukvården. Patienternas rättsliga ställning kommenteras sedan kortfattat. Därefter redogörs för de kanaler för inflytande som finns samt hur medborgarna agerat under 1990-talet för att göra sina röster hörda. Särskild uppmärksamhet ägnas åt valfrihetens betydelse. Medborgarperspektivet avslutas med en kort summering.

Politikerperspektivet inleds med förutsättningarna för politikernas legitimitet. De demokratiska utgångspunkterna, kontakterna med medborgarna och medborgarnas syn på landstingspolitiken, tas upp. Därefter kommer ett avsnitt om lojalitetskonflikter följt av en redogörelse för aktörer som är viktiga i det politiska arbetet. En sammanställning av erfarenheterna av organisationsförändringarnas försök att skapa en ny politikerroll följer sedan, innan sammanfattande kommenterar om svagheterna i organisationsförändringarna avslutar politikerperspektivet. Genomgående görs kopplingar till styrformer när så är möjligt. Rapporten avrundas med ett antal övergripande slutsatser.

Sjukvård och demokrati

Att det svenska sjukvårdssystemet har flera starka sidor konstaterade några av de internationella experter inom hälso- och sjukvårdsekonomi som SNS i början av 1990-talet bjöd in för att göra en samlad bedömning av den svenska hälso- och sjukvården. Allmän tillgång till sjukvård för hela folket, sjukvård av god kvalitet och en struktur med lokalt valda politiker som ansvarar för sjukvården och ger medborgarna möjlighet att framföra sina önskemål på lokal nivå, var några förtjänster som pekades ut. Systemet med lokalt valda representanter möjliggör flexibilitet och anpassning till de lokala behoven, samt ger hög demokratisk legitimitet åt de beslut som fattas i sjukvården, menade man. (van de Ven 1992, s. 67f., Graf von der Schulenburg 1992, s. 96f.) Det demokratiska inslaget, där lokalt valda företrädare ansvarar för politiken, utmålades alltså som en av den svenska sjukvårdens starkaste sidor.

En klar majoritet av befolkningen verkar också anse att det demokratiska inslaget är viktigt. Två tredjedelar av dem som besvarade Landstingsbarometern 1998 ansåg att det var mycket eller ganska viktigt att kunna påverka genom landstingsvalet. (*Landstingsbarometern 1998*, s. 5)

Den svenska sjukvården finansieras genom skatter och de förtroendevalda fungerar därför som medborgarnas företrädare när det gäller att bestämma över skattemedlen. Något förenklat kan man tala om att medborgarna väljer företrädare som skall besluta om hur deras

skattepengar skall användas i landstinget (där hälso- och sjukvården spelar den i särklass största rollen). Politikerna beslutar om hur höga skatterna skall var, vad de skall användas till och hur de skall fördelas. Utifrån medborgarnas behov och önskemål och de resurser som finns, skall de förtroendevalda göra prioriteringar som är lämpliga utifrån lagstadganden om vård på lika villkor, alla människors lika värde och företräde för dem med störst behov. I och med 1990-talets besparingskrav har behoven av prioriteringar blivit mer framträdande.

Landstingsdemokratien har traditionellt haft karaktär av ett slags demokratisyn som kan karaktäriseras som snabb²⁴. Partiernas eliter har vart tredje år (numera vart fjärde) konkurrerat om medborgarnas gunst. Landstingsvalen har emellertid saknat ett centralt element av utpräglad konkurrensdemokrati eftersom väljarna inte alltid har haft ordentliga kunskaper om partiernas visioner och program. Landstingsvalet har varit "det glömda valet" där kontakterna mellan väljare och valda varit begränsade. (Montin-Olsson 1994, s. 91f.) Landstingsdemokratien har haft svårt att finna sin plats i folkmedvetandet och har i många avseenden saknat klara alternativ. Medborgarna har haft svårt att upptäcka de nyansskillnader i åsikter som partierna ger uttryck för i samband med valen. (Dahlgren 1994, s. 204)

En svaghet i landstingsdemokratien har alltså varit att kontakterna mellan medborgare och politiker inte varit särskilt omfattande. Medborgarnas intresse för denna politiska arena verkar inte heller ha varit särskilt stort. Bristfälliga kontakter gör det svårare för politikerna att företräda medborgarna och se till deras behov.

Vid sidan av möjligheterna att påverka sjukvården i mer övergripande termer, dvs. kunna påverka de politiska besluten, har det demokratiska inflytandet över sjukvården som nämnts också en annan sida. För den enskilde är möjligheten att ha inflytande över den egna situationen minst lika betydelsefull. Här ligger ett problem i att medborgarna – trots hälso- och sjukvårdslagens starka betoning på patientinflytande – i patientsituationer ofta befinner sig i underläge, bl.a. gentemot läkarna.

Som utgångspunkt kan man sammanfattningsvis konstatera att det demokratiska inslaget i den svenska hälso- och sjukvården har stora

²⁴ Den snabba demokratisynen präglas av två motstående kollektiv, en privilegierad elit och den stora massan vanliga människor. Makten är samlad hos den valda eliten som dominerar och anpassar sig efter opinioner i samhället. Att behålla sina privilegier är viktigast för eliten. Snabbheten ligger bl.a. i att eliten ges utrymme för omfattande beslutsfattande under en förhållandevis kort tidsperiod där den demokratiska förankringen ofta är begränsad. Premfors – Sandqvist – Sanne 1994, s. 26f., Montin – Olsson 1994, s. 90f.

fördelar. Medborgarna ges härigenom möjligheter till inflytande över hur sjukvården utformas. Samtidigt finns problem i systemet. De representativa demokratiska kanalerna har inte fungerat helt tillfredsställande. Som patienter befinner sig medborgarna också ofta i underläge.

Något om demokrati

Demokrati är utan tvekan ett mycket mångfacetterat begrepp, medborgarstyret kan uppfattas på olika sätt. Flera kategoriseringar och uppdelningar har gjorts. I detta avsnitt kommenteras endast kortfattat några centrala begrepp och skiljelinjer.

I en av de vanligaste distinktionerna ställs deltagardemokrati mot konkurrensdemokrati. Den *deltagardemokratiska* skolan betonar betydelsen av medborgarnas direkta deltagande i de politiska besluten. Folkets makt ligger i delaktighet och medbestämmande. Det viktigaste i den *konkurrensdemokratiska* skolan är att flera eliter eller partier konkurrerar i fria val. Tonvikten ligger på de representativa organen, medan folkets makt består i ansvarsutkrävande och möjligheten att byta regering. Vid sidan av dessa tankeskolor har ett alternativt synsätt gjort sig gällande de senaste åren. *Diskurs-* eller *samtalsdemokrati*²⁵ är vanliga benämningar på denna riktning. Att demokratisk legitimitet har sitt ursprung i det politiska samtalet är utgångspunkten. Beslut är demokratiska om de tillkommer efter en öppen och fri dialog där alternativen ställs mot varandra. Alla tre tankeriktningar har brister och inget av synsätten kan därför ensamt utgöra ett fullgott alternativ. (Petersson m.fl. 1998, s. 18f.)

En viktig skiljelinje i demokratisyn rör vidare betoningen på samhälle respektive individ. I den *samhällscentrerade* demokratitolkningen står det gemensamma bästa i centrum. Den enskilde ses som medlem i ett samhällskollektiv. Genom att delta i gemenskapen förutsätts individen ta ansvar för både egna och andras intressen. Den *individcentrerade* synen betonar istället den enskildes suveränitet och ansvar för sitt eget öde. Frihet för alla att ordna sina egna förhållanden utifrån intressen och eget samvete – utan för mycket inblandning av andra, är utgångspunkten. Så länge den enskildes handlande inte skadar andra, håller sig gemenskapen utanför. Att finna en balans mellan samhälls- och individcentrerad demokratitolkning har varit en viktig del av demokratiseringen. (SOU 1990:44, s. 14f.)

Kollektivt eller individuellt orienterad demokrati är ett annat sätt att beskriva skiljelinjen. Den kollektivistiska linjen poängterar deltagande i

²⁵ Se t.ex. Eriksen 1998.

politisk debatt och beslutsfattande. Medborgaraktivitet och debatt i frågor som rör gemensamma angelägenheter är viktig. Den individualistiska riktningen framhåller istället att individen inte skall behöva gå omvägen via de politiska institutionerna för att åstadkomma förändringar. Valfrihet utgör därför en viktig del av demokratin. De olika synsätten beror i grunden på vilken uppfattning man har om verkligheten. Individualisten understryker att individen har stort behov av att bestämma själv, medan kollektivisterna betonar att samhällsliga problem bör lösas gemensamt. Den demokrati som existerar i praktiken innehåller komponenter av flera olika definitioner och synsätt. (Se t.ex. Montin 1998, s. 16ff.)

Demokratirådet som sedan 1995 gjort årliga granskningar av tillståndet i den svenska demokratin, utgår i sina bedömningar från ett demokratiideal som samtidigt försöker ta hänsyn till tre olika krav på ett demokratiskt styrelsesätt. En fungerande demokrati kräver *medborgarstyrelse*, dvs. att medborgarna skall styra sig själva under fria och jämlika former. Samtidigt måste en demokrati uppfylla kraven på en *rättsstat* och kännetecknas av *handlingskraft*. (Rothstein m.fl. 1995, s. 13ff.) Dessa tre kriterier är förenliga, men inte utan svårighet. De kan komma i konflikt med varandra och friktion kan uppstå. Betonas handlingskraften (något som varit framträdande i besparingstider) riskerar både medborgarstyre och rättsstat att få stå tillbaka. Medborgarstyret kan också inskränkas om stor tyngd läggs vid lagstiftning och rättigheter. På samma sätt kan folkstyret i sin tur medföra begränsningar för såväl handlingskraft som rättsstat.

Maktutredningen som genomfördes i slutet av 1980-talet, gjorde en åtskillnad mellan "den lilla och den stora demokratin". Den lilla demokratin handlar främst om människors vardagssammanhang, medan den stora demokratin berör möjligheterna att påverka samhällsutvecklingen i en vidare mening. I *den lilla demokratin* bestämmer människor själva över sin egen situation eller över gemensamma villkor. Politiska beslut, tjänstemannaavgöranden eller avtal är inte utslagsgivande här. I *den stora demokratin* avgörs kollektiva angelägenheter i politiska institutioner. Folklig kontroll genom möjligheter att utkräva ansvar av de styrande är nödvändig. Politiska partier, allmän rösträtt, fri opinionsbildning och medborgerliga fri- och rättigheter likaså. Uppdelningen är naturligtvis en förenkling, och kategorierna är inte varandra uteslutande. Den kommunala självstyrelsen förenar exempelvis element av den lilla och den stora demokratin. (Petersson – Westholm – Blomberg 1989, s. 84f., Petersson O. m.fl. 1998, s. 20)

Förändringar under 1990-talet

Förändringar i den lilla demokratin – utökad valfrihet

Som patient befinner man sig som sagt i en utsatt situation. För det första är det läkaren som sitter inne med expertkunskapen och för det andra begränsas kanske förmågan att göra sin röst hörd av själva anledningen till att man sökt vård, nämligen fysiska eller psykiska problem. En av avsikterna bakom införandet av möjligheten att *välja läkare och vårdinrättning* var just att förbättra patientens ställning.

Rätten att välja fast läkarkontakt inom primärvården i det egna landstinget är fastslagen i lag (HSL 5§ 2 st.), medan rätten att välja vårdgivare inte är lagreglerad utan bygger på ett s.k. inriktningsdokument från Landstingsförbundet. Landstingen har dock i hög grad följt riktlinjerna. Både när det gäller rätten att välja läkarkontakt och rekommendationerna om att det bör vara möjligt att välja vårdgivare, finns dock utrymme för varierande tolkningar (Rynning 1997, s. 308f). Begränsningar genom remisskrav och liknande förekommer ofta. I vissa regioner finns avtal mellan landstingen som gör det möjligt att välja läkare i ett annat landsting än där man är bosatt. Valfrihetens innehåll och utsträckning skiljer sig därför mellan landstingen.

Valfrihet, t.ex. då rätten för medborgarna att välja läkare (eller omvänt rätten att lämna en läkare, möjligheten till utträde) ses, av dem som främst har en individorienterad samhällssyn, som en demokratisk förstärkning. Detta behövs när de traditionella demokratiska institutionerna inte fungerar tillfredsställande som kanal för medborgarnas inflytande. Valfriheten ger så att säga medborgarna en möjlighet att styra underifrån. (Se t.ex. Rothstein 1994, s. 242f., Möller 1996, s. 231f.)

Andra pekar på att medborgarnas möjligheter att direkt välja service kan komma i konflikt med den representativa demokratin. Ett problem med valfriheten är att en individs handlande kan påverka någon annans handlingsfrihet. Om flera föräldrar t.ex. väljer att ta "sin Mats ur skolan", kan detta innebära förlorade resurser som påverkar verksamheten för dem som finns kvar. Konflikter kan uppstå, och då behövs politiska procedurer och organisationer som kan hantera detta. Politisk styrning är emellertid svår att åstadkomma när medborgarna kan "ta med sina pengar" och välja en annan verksamhet. Precis som i det "vanliga" systemet krävs även i valfrihetssystemet kunskaper och engagemang för att kunna påverka sin situation. Att det finns någon (t.ex. politiker) som aktivt tar parti för dem som inte har förmåga att

utnyttja fördelarna krävs därför även i ett system baserat på valfrihet. (Se t.ex. Montin 1995, s. 32f.)

Förändringar i den stora demokratin – organisationsförändringar

Under 1990-talet har förmodligen alla landsting förändrat och utvecklat sitt sätt att styra verksamheten. Formerna och intensiteten har dock varierat mycket. De första åren på 90-talet var förändringsarbetet som mest intensivt och flera modeller sjösattes. Två huvudsakliga trender var framträdande. På många håll skedde en koncentration av förtroendemannaorganisationen till länsnivå. Den andra stora förändringen var införandet av *beställar-utförarmodeller* (BUM). De landsting som framför allt utmärkt sig är de som satsat på marknadsliknande styrning där en uppdelning mellan beställare och utförare har gjorts. (Leffler 1996, s. 244f., Olsson 1995, s. 14, 19)

I den representativa demokratin har politikerna traditionellt framför allt två huvuduppgifter. Den första är att företräda medborgarna och väljarna, den andra att styra förvaltningen och verksamheten. Som företrädare skall de förtroendevalda registrera behov och föra fram krav och synpunkter från medborgarna och olika grupper i samhället. Genom dialog skall åsikter bli representerade i den politiska processen. Dessa skall vara vägledande för avvägningar mellan olika krav. Styrningsrollen handlar om politikernas påverkan på tjänstemän och övrig personal för att uppnå uppställda mål. I den traditionella organisationen har styrningen inneburit att politikerna fattat beslut i såväl policy- och principfrågor som i konkreta frågor, och dessutom deltagit i verkställigheten samt reagerat på utfallet. (Bengtsson – Nisson 1995, s. 6ff.)

En av de bärande tankarna bakom beställar-utförarmodellen (BUM), är att tydliggöra politikernas roll som medborgarnas företrädare, rollen som "konsumentföreträdare". Ansvar för att ge medborgarna tillgång till vård renodlas och skiljs från ansvaret att producera vård. Att ta ut skatter och sluta avtal med vårdproducenter blir den viktigaste uppgiften för landstingen och de valda politikerna. Medborgarnas behov och önskemål skall vara vägledande i detta arbete. (Se t.ex. van de Ven 1992, s. 70.) Om politikerna befinner sig "på armlängds avstånd" från verksamheten behöver de inte ta samma hänsyn till producenterna som tidigare, utan kan koncentrera sig på att företräda medborgarna. Härigenom är det tänkt att effektiviteten också skall kunna öka. (Bergman – Dahlbäck 1995, s. 23f.)

Den traditionella rollen som politikerna haft, med både en företrädarroll och en styrningsroll, skall alltså BUM förändra så att

politikerna koncentrerar sig på att vara företrädare och inte ägnar sig åt detaljstyrning av produktionen. Flera landsting har under de senaste decennierna infört någon form av BUM. De politiker som har till uppgift att beställa hälso- och sjukvård har inte den direkta kontakt med produktionen som de hade tidigare. På flera punkter skiljer sig dock modellens utformning åt mellan landstingen. Några (exempelvis Bohuslän, Gävleborg och Stockholm) har en decentraliserad organisation med lokala beställarpolitiker, medan beställarna i andra landsting finns centralt (t.ex. i Sörmland och Östergötland). De beställande politikernas förhållande till landstingsstyrelse och fullmäktige varierar också mellan BUM-landstingen. Även möjligheterna till service från tjänstemännen skiftar. I vissa fall har lokala beställarenheter egna administrativa resurser (t.ex. Stockholm), medan andra landsting har en central enhet med tjänstemän som skall bistå beställarna (exempelvis Västerbotten). (Leffler 1996, s. 241f.)²⁶

Bortsett från de organisatoriska skillnader som finns, är inriktningen i beställarnas arbete mycket likartad. Att identifiera befolkningens behov och önskemål, prioritera mellan olika behov, orientera sig om marknadens utförare, välja utförare, specificera krav och ta in offerter, definiera produkter och utforma avtal, följa upp att avtalen efterlevs samt att arbeta långsiktigt med förebyggande folkhälsoarbete, ingår i samtliga beställarpolitikers uppgifter. (Ibid., s. 243)

Centralisering eller decentralisering är ett viktigt val för hur landstinget skall organiseras. Motiven för en decentraliserad ordning är ofta att landstingets förtroendevalda skall komma närmare medborgarna och öka deras intresse för landstingspolitik. Dessutom anses politikerna få bättre kunskaper om de lokala behoven och förhållandena. En centraliserad verksamhet har å andra sidan fördelen att den kan uppträda mer samlat, något som särskilt kan ha fördelar vid strukturella omvandlingar. Handlingskraften och effektiviteten kan ökas. En mer koncentrerad organisation anses också göra landstingspolitiken mer överskådlig för medborgarna. (Olsson 1995, s. 62f.) Under 1990-talet har som nämnts centralisering varit den vanligaste förändringen. Många BUM-landsting har dock som påpekats en decentraliserad organisation.

Forskningsläge

Den samhällsvetenskapliga forskningen kring landstingen har varit tämligen eftersatt om man jämför med den uppmärksamhet som ägnats åt primärkommunerna. (Montin – Olsson 1994, s. 16) I en forsknings-

²⁶ De exempel som nämnts avser organisationen 1996.

översikt om landstingskommunal demokrati från 1987 konstaterades att den samhällsvetenskapliga forskningen visat området ett mycket begränsat intresse. (Petersson H. 1987, s. 5ff.) Läget är inte mycket bättre i dag, ett drygt decennium senare. Trots att de fortfarande inte är många, har åtminstone några forskare fått upp ögonen för den landstingspolitiska arenan de senaste åren. Ett antal studier har genomförts under 1990-talet. Det finns även några undersökningar som mer övergripande berör medborgarnas syn på, inställning till och erfarenheter av sjukvården. Här presenteras kort de studier som främst kommer att ligga till grund för denna sammanställning.

Demokratirådet

Demokratirådet gjorde inför sin rapport 1998 en stor riksomfattande intervjuundersökning som i många avseenden var en uppföljning av den stora medborgarundersökning som gjordes inom ramen för Maktutredningen 1987. Detta gör jämförelser över tid möjliga. En del av undersökningen berör hur medborgarna upplever sina möjligheter att påverka sin situation i olika sammanhang – i olika medborgarroller: som boende, förvärvsarbetande, skolbarnsförälder, småbarnsförälder, studerande, patient eller anhörig samt arbetslös. Av dem som ingick i undersökningen 1997 hade 74 procent kommit i kontakt med sjukvården under det senaste året, antingen själva som patienter eller i samband med någon anhörigs behov av vård. (Petersson O. m.fl. 1998, s. 26) För patienter/anhöriga är det särskilt intressant att se huruvida valfrihetsreformerna gett önskad effekt och stärkt patienternas ställning.

Landstingsbarometern

Genom Landstingsbarometern har Landstingsförbundet vid tre tillfällen under 1990-talet gjort undersökningar om allmänhetens kunskap om, attityder till och värderingar av landstingens verksamhet, främst rörande hälso- och sjukvården. 1994 och 1996 genomfördes undersökningarna på landstingsnivå och sammanställdes sedan på riksnivå (alla landsting deltog ej). Vid den senaste undersökningen 1998 gjorde man utöver undersökningarna i landstingen, även en separat riksundersökning med ett riksrepresentativt urval för att kunna få resultat som gäller för hela landet. Att göra jämförelser mellan de olika undersökningsåren är egentligen inte helt korrekt eftersom det endast är 1998 års undersökning som är riksomfattande. Tidsjämförelser görs dock

trots allt då annat material saknas, men det är viktigt att man har i åtanke att de förändringar som uppvisas delvis kan bero på de olika urvalsförfarandena.

Utvärderingar av BUM-landsting m.fl.

Utifrån ett demokratiskt perspektiv har det gjorts utvärderingar i några landsting som företagit organisatoriska förändringar (främst infört BUM). Flera studier har särskilt uppmärksammat politikerrollen.

Under ledning av statsvetarna Stig Montin och Jan Olsson gjorde en forskargrupp vid Novemus på Högskolan i Örebro under hösten 1993 en jämförande studie av fyra landsting. Landstingen som ingick i denna studie, Bohuslän, Jämtland, Västmanland och Östergötland, präglades 1993 samtliga av förändringsarbete. De hade dock valt olika organisationsformer. Styrningsmodell och grad av decentralisering användes för kategoriseringen. Jämtland hänfördes vid tidpunkten till gruppen centralisering till länsnivå med mål- eller ramstyrning och Östergötland till kategorin länsnivåcentralisering, men med orientering mot beställarstyrning. Dessa båda landsting hade också infört utskott i landstingsfullmäktige. Västmanland bedömdes 1993 ha en decentraliserad organisation med lokala politiska organ, kombinerat med mål- och anslagsstyrning och vissa inslag av köp-säljorganisation, medan Bohuslän var ett landsting som arbetade med lokala politiska organ och beställarstyrning. (Montin – Olsson 1994, s. 18) Studien byggde dels på medborgarundersökningar, dels på enkäter och intervjuer med de förtroendevalda. Jämförelser gjordes mellan landstingen. I den följande sammanställningen hänvisar *de fyra landstingen* eller *örebroforskarna* till denna studie.

Bohusmodellen har även utvärderats separat i flera rapporter. Företagsekonomen Ulla Bengtsson och statsvetaren Lennart Nilsson genomförde 1995 en studie som framför allt fokuserade politikerrollen. Undersökningen baserades på enkäter med förtroendevalda. Även företagsekonomen Marianne Leffler har deltagit i utvärderingar av Bohusmodellen. Hon har också skrivit en rapport om erfarenheterna från beställar-utförar-landsting till Kommunala förnyelsekommittén. Rapporten bygger delvis på några av de utvärderingar som nämns här.

Kerstin Kolam vid statsvetenskapliga institutionen vid Umeå universitet ledde, med start hösten 1992, ett forskningsprojekt som syftade till att analysera relationerna mellan medborgare och politiker i Västerbottens läns landsting. Vid årsskiftet 1992/93 införde man där BUM med beställaransvaret förlagt till tre hälso- och sjukvårdsstyrelser. (Kolam – Sawert 1996, s. 1f.) Enkäter med både medborgare

och politiker, samt intervjuer med förtroendevalda och tjänstemän genomfördes. Både enkäter och intervjuer gjordes vid två tillfällen (under 1993–95). Enkätundersökningarna hade dock delvis problem med stora bortfall (i ett fall ca 50 procent).

Statsvetaren Harry Petersson vid Lunds universitet har utvärderat de förändrade styrsystemen i Sörmlands och Gävleborgs läns landsting. Utvärderingarna är gjorda var för sig. Sörmland genomförde en omfattande omorganisering 1992. Utskott infördes i landstingsfullmäktige och de områdesbaserade direktionerna ersattes av en beställar-utförarorganisation där beställarrollen lades på landstingsstyrelsen. (Petersson H. 1994 s. 1f., s. 52) I Gävleborg infördes 1994 också en organisation med en uppdelning mellan beställare och utförare. Här inrättades dock lokala beställarnämnder. (Petersson H. 1998, s. 5, s. 10) I båda landstingen riktades enkäter till de förtroendevalda vid två tillfällen. Enkätundersökningarna kompletterades också med intervjuer.

Stockholmsmodellen (där landstinget har en beställar-utförarorganisation med en uppdelning på nio sjukvårdsområden) har också utvärderats i flera projekt. Även om demokratiaspekterna funnits med, har ingen utvärdering ställt demokratifrågorna i fokus. Resultaten av utvärderingsprojekten är sammanställda i en rapport där några kommentarer om demokrati också finns. Två korta översikter om erfarenheterna från BUM-landsting finns också att tillgå.

Luckor i forskningen

Forskningen kring landsting och demokrati, och mer allmänt om medborgarinflytandet över sjukvården, är som nämnts inte särskilt omfattande. Vissa aspekter är mer eller mindre översiktligt utforskade, medan andra områden inte alls är undersökta. Patientföreningarnas och andra intresseorganisationers roll och betydelse är, så vitt jag kunnat fastställa, inte analyserad. De nya sjukvårdspartierna har inte heller ägnats någon uppmärksamhet. Framför allt saknas dock mer omfattande kartläggningar och jämförelser mellan landsting som valt olika styrformer.

De följande rapporten är främst baserad på de studier som nämnts här, men även annan litteratur som berör medborgarnas inflytande över hälso- och sjukvården har använts.

5.2 Medborgarperspektivet

Det medborgerliga inflytandet över hälso- och sjukvården finns på två nivåer. På det övergripande samhällsplanet handlar möjligheten till inflytande om att kunna påverka de politiska besluten. Vad skall skattepengarna användas till och hur skall resurserna fördelas? För den enskilde, som patient eller anhörig, handlar det istället om att – mer eller mindre temporärt – ha inflytande över vården för egen eller anhörigas del. Båda nivåerna, den stora såväl som den lilla demokratin, är viktiga. De kan inte ersätta varandra, utan skall ses som kompletterande. Att påverka i en demokrati handlar i mångt och mycket om att framföra sina synpunkter och göra *sin röst hörd*. Valfriheten betonar å sin sida ett annat sätt att utöva inflytande, nämligen möjligheten till *utträde*, att kunna rösta med fötterna.

Medborgarnas syn på sjukvården

Innan vi går vidare till frågorna om inflytande presenteras först ett antal undersökningar som rör människors inställning till några övergripande aspekter av hälso- och sjukvården.

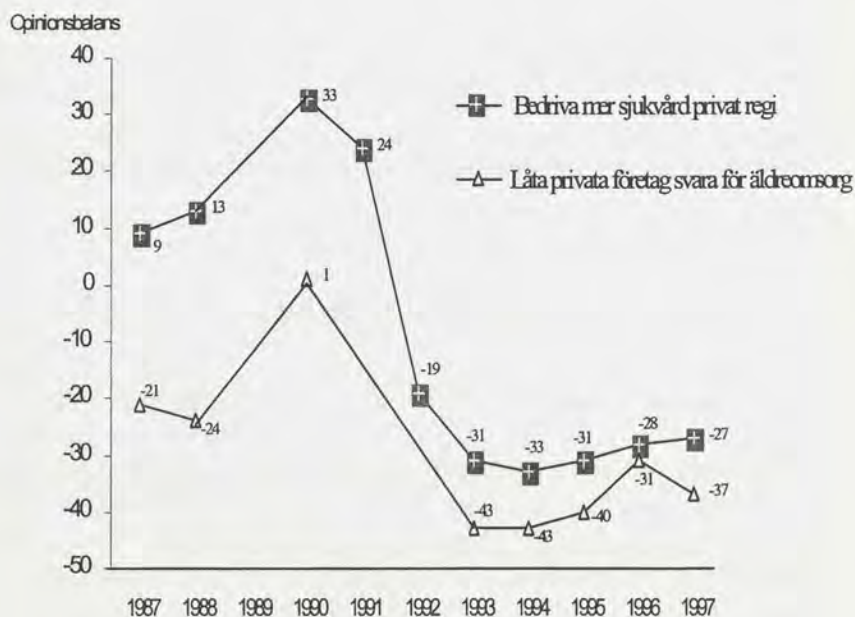
Finansiering och inställning till privatiseringar

SOM-institutet (Samhälle Opinion Massmedia) har sedan 1986 gjort årliga opinionsundersökningar om frågor inom politik, samhälle och media. Bland annat har man frågat om inställningen till den offentliga sektorn. Under perioden har stora opinionsförskjutningar ägt rum. Fram till 1988 var opinionen tämligen stabil. Andelarna som ville bibehålla respektive minska den offentliga sektorn var ungefär lika stora. I slutet av 80-talet minskade stödet för den offentliga sektorn ordentligt och 1993 var andelen som ville minska den offentliga verksamheten större än andelen som motsatte sig en minskning. Därefter vände trenden. Åren 1996 och 1997 var de som ville se minskningar bara hälften så många som de som motsatte sig nedbantningar. Inställningen är delvis partipolitiskt betingad. Personer som sympatiserar med vänsterpartiet och socialdemokraterna motsätter sig oftare en minskning av den offentliga sektorn. Förändringar i inställningen har dock skett även inom partierna. (Nilsson 1998, s. 79ff.)

Sedan 1987 har också frågor om privatiseringar, inom bl.a. sjukvård och äldreomsorg, ingått i SOM-undersökningarna. Mönstret liknar inställningen till den offentliga sektorn. Under slutet av 80-talet var

inställningen till privatiseringar inom sjukvården tämligen positiv och trenden var att andelen positiva steg. Därefter skedde en drastisk förändring fram till 1993 och allt fler ställde sig negativa till privatiseringar. De senaste åren har opinionsbalansen (andelen positiva minus andelen negativa) i stort sett legat kvar på samma nivå. Inställningen till privatiseringar inom äldreomsorgen följer ett liknande mönster. En stor skillnad är dock att opinionsbalansen med undantag för 1990 varit negativ. Även på detta område finns partiskiljande linjer. De borgerliga partiernas sympatisörer är i regel mer positivt inställda till privatiseringar. Förändringar inom partierna har dock skett, tidvis mycket kraftiga. (Ibid., s. 81ff.)

Figur 16 Svenska folkets inställning till förslag om privatisering inom sjukvård och äldreomsorg 1987-1997 (balansmätt).



Källa: Nilsson 1998

De senaste åren visar alltså på ett tämligen stabilt stöd för den offentliga sektorn och på ett motstånd mot privatiseringar inom vården. Särskilt starkt är stödet för den offentliga sektorn bland kvinnor.

I en medborgarundersökning från 1992 ansåg 9 av 10 att sjukvården huvudsakligen bör finansieras genom skatter och arbetsgivareavgifter. Andelen var densamma som i mitten av 80-talet. (Svallfors 1996, s. 58) Landstingsbarometern 1998 visar att en knapp majoritet av de till-

frågade även kunde tänka sig höjda landstingsskatter om hälso- och sjukvården behöver mer ekonomiska resurser i framtiden. Att istället öka andelen privata försäkringar föredrogs av 13 procent, medan ca 10 procent vardera hellre såg att egenavgifter eller patientavgifter höjs. (*Landstingsbarometern 1998*, s. 6)

Att sjukhus bör *drivas* i offentlig regi menade dessutom en klar majoritet av de tillfrågade i Landstingsbarometern. Drygt hälften ansåg att landstingen var mest lämpade att bedriva sjukvård, ungefär två av tio menade att kommuner eller staten var mest lämpade och endast 7 procent föredrog sjukhus i privat regi. (*Hälso- och sjukvård 98 1998*, s. 15, samt råtabeller för *Landstingsbarometern 1998*)

Detta hindrar inte att fyra av tio samtidigt trodde att de för egen del skulle få bättre vård om andelen privata sjukhus och vårdcentraler ökade. Denna andel hade också ökat med ungefär tio procentenheter sedan 1994. (*Ibid.*, *Landstingsbarometern 1994*, s. 21)

En intervjuundersökning som gjordes i slutet av 1980-talet i Jämtland och Malmöhus visar på samma tvetydiga inställning. De medborgare som ingick i den undersökningen ville i regel inte se en ökning av privat ägd och producerad vård. Samtidigt talade flera av de intervjuade om hur bra den privata vården fungerade. (Andersson 1997, s. 119)

En i första hand skattefinansierad och offentligt producerad sjukvård ställer sig de flesta uppenbarligen bakom. En stor andel kan också tänka sig höjda skatter för att bibehålla eller förbättra den sjukvård som finns. Bilden är dock lite tvetydig. Frågar man medborgarna om deras inställning i allmänhet, finns ett tydligt stöd för offentlig finansiering och produktion. Frågor som istället inriktar sig på den egna vården ger en mer positiv inställning till privatproducerad vård. Sammantaget måste man ändå konstatera att stödet för den svenska modellen med offentligt finansierad och i huvudsak även offentligt producerad vård är starkt. Kanske tror de flesta att övergripande värden som jämlikhet och rättvisa upprätthålls bäst med offentlig sjukvård, samtidigt som det är tänkbart att många har uppfattningen att privat vård har högre kvalitet. Kvalitetsaspekten är central när man befinner sig som patient.

Förtroende för sjukvården – misstro mot politiker

Medborgarnas tilltro till sjukvården är god. Detta visar SOM-institutets undersökningar om medborgarnas förtroende för ett antal samhällsinstitutioner som representerar politik, ekonomi, offentlig service, medier, och försvaret. (En successiv utökning har skett de senaste åren och numera ingår även rättsväsendet, kungahuset och Svenska kyrkan.)

Sjukvården har i samtliga undersökningar varit den institution som åtnjuter störst förtroende. Efter en svag nedgång fram till 1991, gick förtroendet därefter upp kraftigt fram till 1994, för att sedan återigen minska ordentligt. Trots att sjukvården alltjämt ligger kvar i topp, innebar 1997 års undersökning den lägsta siffran sedan mätningarna startade. (Holmberg – Weibull 1998, s. 34f, s. 39)

I samma undersökningar hamnar de senaste åren samtliga politiska institutioner i bottenkiktet. En nedgång i förtroendet för den politiska sfären kan ses sedan mitten av 80-talet. Tillfälliga uppgångar kunde noteras under valåren 1991 och 1994. Mellan 1996 och den senaste mätningen 1997 skedde en liten uppgång, kanske ett tecken på att valet närmade sig. I samband med val träffar politikerna medborgarna oftare och detta inverkar positivt på förtroendet. (Ibid., Holmberg – Weibull 1997, s. 80f, s. 87) Valundersökningarna som genomförs sedan 50-talet visar också tydligt att tilliten till politiker i allmänhet är svag. Förtroendet har minskat kontinuerligt de senaste 30 åren, och tendensen har varit att det fortsätter att minska något. (Gilljam – Holmberg 1995, s. 85ff.)

Nöjda med sjukvården

Att sjukvården åtnjuter gott förtroende visar SOM-undersökningarna tydligt. Demokratirådets rapport från 1998 visar att människor också är förhållandevis nöjda med sjukvården. På en skala från 0 ("inget missnöje") till 10 ("mycket stort missnöje") fick deltagarna i den stora intervjuundersökningen markera hur nöjda/missnöjda de var med sin situation i olika medborgarroller. Över lag blev värdena förhållandevis låga, något som visar att de flesta uttryckte litet eller inget missnöje. Mest missnöjda med sin situation var arbetslösa och minst missnöjda småbarnsföräldrar. Sjukvården fick ett medelvärde på 2,9, en mellanposition bland de undersökta områdena. Tio år tidigare var motsvarande siffra 2,6, men att missnöjet ökat något kan inte fastställas med statistisk säkerhet. (Petersson O. m.fl. 1998, s. 35f.)

Patienters/anhörigas missnöje ligger därmed enligt Demokratirådets undersökning kvar på i stort sett samma (förhållandevis låga) nivå under slutet av 1990-talet som det gjorde för ett decennium sedan. *Årtiondets besparingar verkar därmed inte ha medfört ett ökat missnöje med hur patienter och anhöriga upplever förhållandena inom sjukvården i stort.*

Även örebroforskarnas medborgarundersökningar visade att människor var nöjda, närmare tre fjärdedelar av de svarande var ganska eller mycket nöjda med sjukvården. (Montin – Olsson 1994, s. 21)

Att missnöje är ett subjektivt begrepp är uppenbart. Grunden till missnöje kan onekligen skilja sig vida mellan olika människor. Detta bör man naturligtvis ha i åtanke när man bedömer undersökningar om hur nöjda människor är. Att olika typer av frågor kan ge upphov till skilda resultat är också tydligt.

Landstingsförbundets mätningar ger en delvis annorlunda bild än den som ges av Demokratirådet. I Landstingsbarometern ingick bland annat en något mer preciserad fråga om hur det senaste patientbesöket vid sjukhus, vårdcentral eller vårdmottagning uppfattats. Samtidigt som en klar majoritet även 1998 var nöjda, visar de tre mätningarna under 90-talet på stadigt sjunkande omdömen när det gäller bemötande, information om problem och medicinsk behandling. (*Landstingsbarometern 1998*, s. 3)

Tabell 12 Andel (procent) som var mycket eller ganska nöjda med bemötande, information och medicinsk behandling vid senaste besöket i vården 1994, 1996 och 1998.

Nöjd med:	1994	1996	1998
Bemötande	85	84	78
Information om problem	70	67	65
Medicinsk behandling	66	64	59

Källa: *Landstingsbarometern 1998*.

Tabellen visar att de flesta 1998 alltså var nöjda med sina kontakter med vården. En svag försämring verkar dock enligt Landstingsbarometern ha skett under de senaste åren. Patienterna känner sig mindre nöjda.

Landstingsbarometern innehöll även frågor om omvårdnad. Sju av tio upplevde 1998 att omvårdnaden och omtanken om patienterna blivit sämre de senaste 5 åren. Att en förbättring kommer att ske på detta område de närmaste 5 åren trodde samtidigt 40 procent. Denna andel var betydligt större än 1996. (*Ibid.*, s. 7)

Trots att de flesta på det stora hela fortfarande är nöjda, har många enligt Landstingsbarometern med andra ord *uppfattat 1990-talet som en period av försämringar*. De har blivit *mindre nöjda*. Vid sista mättilfället uppvisades samtidigt en tro på att de kärvaste åren var förbi.

En studie när det gäller inflytande som gjorts i 12 förtroendekommittéer, tyder på att det framförallt är större lyhördhet (inte bättre information och behandling) som missnöjda patienter efterlyser. Patienterna vill bli lyssnade på. (Rosén 1998, s. 15–18)

Det är tänkbart att kontakterna med sjukvården påverkar hur nöjd man är. De som inte har varit i kontakt med vården de senaste åren har

kanske en mer positiv bild än de som har egna erfarenheter. Att förhållandet är det omvända är också möjligt. Av de undersökningar som finns till hands går det dock inte att avgöra om det finns någon skillnad i missnöje bland medborgarna i allmänhet och bland de som finns i patientgruppen. Demokratirådets undersökning innefattar patienter och anhöriga, Landstingsbarometern patienter (frågan rörde senaste besök i sjukvården) medan SOM-studierna och Örebroforskarras undersökning varit riktade till ett representativt urval av alla medborgare i landet/de undersökta länen. Att de flesta enligt alla dessa undersökningar är förhållandevis nöjda, antyder dock att eventuella skillnader förmodligen inte är särskilt stora.

Vi lämnar nu den allmänna inställningen till sjukvården och övergår till medborgarnas rättigheter och möjligheter att påverka.

Rättssäkerhet

Rättssäkerhet är en aspekt i Demokratirådets demokratiideal. För hälso- och sjukvård är tydliga regler för patientens rättigheter samt möjligheter att hävda dessa viktiga ur medborgarnas perspektiv. I detta sammanhang är naturligtvis kännedom om rättigheterna också mycket centrala. Bristfällig information placerar medborgarna i ett dåligt utgångsläge. Här kommenteras vissa av patientens rättigheter mycket kortfattat.

Rättslig ställning

Som nämnts är rätten att välja primärvårdsläkare lagfäst. Utrymmet för tolkning är dock stort, och det har gjorts att de regionala skillnaderna är betydande. I övrigt har patienten endast i undantagsfall lagda rättigheter inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Därför finns i regel ingen möjlighet att formellt överklaga i form av förvaltningsbesvär. Patientskadelagen möjliggör dock ersättning vid felbehandlingar. Inom anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) kan också leda till disciplinpåföljder för sjukvårdspersonalen. I sådana situationer befinner sig patienten emellertid ofta i ett svårt läge eftersom hon måste styrka att felaktigt handlande skett. HSAN:s beslut kan överklagas till Kammarrätten i Stockholm och i sista instans till Regeringsrätten. Tillsyn av hälso- och sjukvården, både privat och offentlig, utövas av Socialstyrelsen. (Rynning 1997, s. 290ff, s. 330, s.335, Borgenhammar – Fallberg 1997, s. 98ff, s. 105ff.)

Enligt lag skall det i varje landsting dessutom finnas förtroendekommittéer, vars främsta uppgift är att förmedla stöd och ge information åt vårdkonsumenter i den allmänna hälso- och sjukvården. Förtroendekommittéerna är dock inga formella klagoinstanser. (Borgenhammar – Fallberg 1997, s. 103)²⁷

Ett problem när det gäller rätten att klaga är att det är många, 93 procent enligt en undersökning²⁸, som inte känner till vart man skall vända sig för att klaga om man är missnöjd med läkarvården. (Ibid., s. 77.)

I ett internationellt perspektiv bedöms den svenske patientens ställning vara förhållandevis stark, men på flera områden råder oklarheter och en grundlig översyn anses därför mycket motiverad. I dagsläget återfinns exempelvis bestämmelserna som reglerar patientens ställning i flera olika lagar. Synpunkten att en särskild lag om patientens ställning i vården skulle ge en betydligt mer överskådlig och tydlig utformning, har framförts. (Rynning 1997, s. 337f.)

Förslag för att stärka patientens ställning

HSU har redan i ett delbetänkande (SOU 1997:154) analyserat patientens rättigheter och föreslagit förändringar på vissa områden. Ett antal konkreta förslag framfördes i delbetänkandet. För den enskilde patientens inflytande över vården påpekades bland annat att bestämmelserna om rätten att välja läkare är mycket viktiga. Utredningen föreslog att reglerna på detta område skulle förtydligas i vissa avseenden. Exempelvis bör det tydligt framgå att medborgarna inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget när de skall välja läkarkontakt. Att välja en läkare som finns på en primärvårdsenhet utanför det egna landstingsområdet bör i princip också vara möjligt, föreslog man. Det framhölls också som viktigt att befolkningen får information om valmöjligheternas begränsningar. (SOU 1997:154, s. 15, s. 19f.)

Information om olika behandlingsalternativ och möjligheter att själv påverka valet av metod, är också av stor betydelse för patientens inflytande. Av denna anledning föreslog utredningen att bestämmelserna om vårdpersonalens informationsskyldighet skulle lyftas fram och förtydligas i lagstiftningen. Inom vissa gränser när det gäller kostnader,

²⁷ Även primärkommunerna är skyldiga att ha förtroendekommittéer. I många fall köper dock kommunerna tjänsten från landstinget. Enligt en lagändring från 1/1 1999 byter dessa nämnder namn till patientnämnder.

²⁸ Gjord av Sveriges konsumentråd 1997.

bör patientens val vara avgörande när det finns flera behandlingsalternativ. Vidare föreslogs också att en ny lag om patientnämnder skall ersätta den nuvarande lagstiftningen om förtroendeverksamhet, detta för att förtydliga vilka nämnderna skall företräda. (Ibid., s. 22ff, s. 29f.)

Riksdagen antog flera av utredningens förslag i december 1998 och de nya bestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 1999. Patienternas rättsliga ställning verkar därmed ha förutsättningar att förtydligas i vissa avseenden.

Utredningens förslag (och därmed de beslutade ändringarna) har dock också mött kritik för att vara vaga och oklara. Vissa menar att förändringarna knappast bidrar till en stärkt ställning för patienten. En tydlig patienträttighetslag med juridiska rättigheter som är överklagbara i domstol vore betydligt bättre, menar man. (Se t.ex. Fallberg – Eriksson – Bergvall)

Att påverka

Medborgarna har flera kanaler att välja på när de vill försöka utöva inflytande över hälso- och sjukvården. En mycket stor andel av medborgarna kommer årligen direkt i kontakt med vården. Att *direkt kunna påverka* sin egen eller anhörigas situation om man inte är nöjd eller att ha möjlighet att framföra sina synpunkter, är således intressant för de flesta. I sådana sammanhang är det förmodligen främst vårdpersonalen/sjukvårdsproducenterna man vill försöka påverka. Möjligheten att kunna byta läkare är också central i situationer där man är patient.

På nästa nivå finns den *politiska kanalen*. Vid sidan av själva valhandlingen under valdagen, kan medborgarna ta kontakt med politiska partier eller med förtroendevalda, de kan demonstrera, uppmärksamma media, arbeta i intresseorganisationer som patientföreningar och så vidare. När det gäller politisk påverkan är det framför allt mer övergripande frågor som berör medborgarna som kollektiv som är utgångspunkterna. Denna *påverkan* av sjukvården kan karaktäriseras som *indirekt*.

I Landstingsbarometern 1998 svarade 45 procent av de tillfrågade att de skulle vända sig direkt till behandlande/ansvarig läkare eller sjukhus om de ville framföra kritik eller klagomål på vård, behandling eller bemötande. Var femte skulle vända sig till patientombudsman/-nämnd eller -förening och en av tio skulle ta kontakt med tjänstemän eller politiker inom landstinget/kommunen. (*Landstingsbarometern 1998*, s. 3) Vid direkt missnöje till följd av egna erfarenheter vänder sig de flesta alltså framför allt till vårdproducenterna eller till någon institution/grupp som kan föra ens talan inför vårdproducenterna. Att

kontakta politiker är inte särskilt vanligt när man har synpunkter som primärt rör en själv. Det finns dock de som skulle välja den vägen.

När det gäller mer övergripande politiska frågor är det viktigt för medborgarna att den politiska vägen är öppen. I Landstingsbarometern ingick en fråga om hur man skulle gå till väga om man vill påverka de politiska beslut som tas i landstinget, vilka kontakter man kunde tänka sig att ta. Knappt hälften svarade 1998 att de skulle kunna tänka sig att kontakta politiska partier på hemorten och lika många kunde tänka sig att kontakta landstingspolitiker personligen. En nästan lika stor andel sade att media, egna insändare och kontakter med journalister, var en tänkbar väg. Även kontakter med tjänstemän och organisationer som arbetar med vårdfrågor upplevdes av många (runt 40 procent) som möjliga sätt att påverka. (Råtabeler för *Landstingsbarometern 1998*)

Medborgarna har alltså flera tänkbara kanaler för att utöva inflytande. Många kan också tänka sig att använda dem. Huruvida de verkligen agerar och gör bruk av kanalerna är nästa steg i påverkansprocessen. Vissa undersökningar tyder som visats på att missnöjet med sjukvården ökat något under de senaste åren och detta bör ha varit ett incitament för ökad aktivitet för att påverka.

Medborgaraktivitet

Örebrostudiens medborgarundersökningar i fyra landsting visade att människor i stor utsträckning (ungefär fyra av tio) pratade med vänner och bekanta om att försöka påverka eller förändra hälso- och sjukvården i sitt landsting. Nästan lika många sade sig också ha önskat påverka. Däremot var det endast 16 procent som faktiskt försökt utöva inflytande. Studien visade också att det framför allt var missnöje som gav upphov till aktivitet. (Montin – Olsson 1994, s. 22f.) Resultaten från denna studie tyder alltså på att det finns ett glapp mellan intresset av att påverka och det faktiska handlandet för att påverka. Önskemålen om att utöva inflytande är betydligt mer omfattande än graden av aktivitet.

Av de som försökt påverka i de fyra landstingen, hade drygt hälften framfört sina synpunkter till personalen, förmodligen i rollen som patient eller anhörig. Ungefär lika många hade deltagit i demonstrationer eller skrivit på protestlistor, 16 procent hade talat med landstingspolitiker och 8 procent hade arbetat i politiska partier. Ett fåtal, 5 procent, hade skrivit insändare och ännu färre (2 procent) hade agerat i patientföreningar. Man kan förmoda att dessa aktiviteter alla rörde sjukvården i mer övergripande termer. Fler män än kvinnor hade använt de traditionella politiska kanalerna, partiarbete eller kontakter

med förtroendevalda, medan kvinnorna oftare utnyttjat andra kanaler för inflytande. (Ibid., s. 24f.)

Flera intressanta skillnader mellan landstingen kunde noteras. Bland annat kunde man konstatera att i de två landsting där debatterna om förändringar varit livligast under hösten då undersökningen genomfördes, Bohuslän och Västmanland, fanns flest aktiva. Denna aktivitet tog sig främst uttryck i deltagande i demonstrationer och namninsamlingar. Medborgarna agerade på egen hand för att påverka stora strukturella politiska beslut. Andelen som använt de traditionella politiska kanalerna eller vänt sig till vårdpersonalen var däremot mindre i dessa båda landsting. (Ibid., s. 25f.)

1998 års Demokratiråd granskade också i vilken utsträckning medborgarna faktiskt försökt utöva inflytande genom att själva agera. Precis som i Maktutredningen urskiljdes tre vägska. För det första kan den befintliga situationen göra människor mer eller mindre missnöjda. Oavsett om man är missnöjd eller inte kan man sedan ta ett initiativ eller man kan låta bli. Tar man ett initiativ blir därefter sista steget huruvida det blir framgångsrikt. Fyra möjliga kombinationer utkristalliserar genom dessa distinktioner; nöjd och tar därför inget initiativ – ”hälsan tiger still”, initiativ tas och det blir också framgångsrikt – ”framgångsrik maktutövning”, initiativ tas men önskemålen tillgodoses inte – ”maktlöshetens bittra erfarenhet” och slutligen passivitet trots missnöje – ”vanmaktens tystnad”. (Petersson O. m.fl. 1998, s. 33f.)

De tillfrågade i Demokratirådets undersökning fick ange om de under de senaste åren agerat för att försöka åstadkomma förbättringar eller motarbeta försämringar. När det gällde sådana initiativ var patienter/anhöriga tillsammans med arbetslösa minst aktiva. Andelen patienter eller anhöriga som angav att de tagit initiativ var 14,9 procent, att jämföra med drygt 60 procent bland de förvärvsarbetande. En jämförelse med 1987 års siffror visar också att aktivitetsgraden bland patienter/anhöriga minskat med runt 3 procentenheter. Minskningen är statistiskt säkerställd. (Ibid., s. 37ff.) Resultaten liknar därmed de som framkom i studien i de fyra landstingen fyra år tidigare; endast en mindre andel av medborgarna agerar för att påverka hälso- och sjukvården.

Passivitet kan å ena sidan vara ett uttryck för att ”hälsan tiger still”. Å andra sidan skulle det kunna tyda på ”tyst vanmakt”. Demokratirådets analyser av aktivitetsnivå i förhållande till missnöje kategoriserar patienter och anhöriga som representanter för den tysta vanmakten. Sedan 1987 har också denna tendens snarast förstärkts. (Ibid., s. 41f.) Se tabell 13. Även här liknar resultaten de som framkom av studien i de fyra landstingen. *Det är betydligt fler som har intresse av att påverka än som tar initiativ för att göra det.*

Tabell 13 Medborgarens handlingsvägar som patient eller anhörig 1987 och 1997

	1987	1997
Hälsan tiger still	48	41
Tyst vanmakt	34	44
Maktlöshet	7	5
Maktutövning	11	10
<i>Summa procent</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Källa: Petersson, O m.fl. (1998).

De som tagit initiativ ombads i Demokratirådets undersökning också att ange på vilket/vilka sätt de försökt påverka i sina olika medborgarroller. Vanligast över huvudtaget var att vända sig till dem som är direkt *ansvariga för* den aktuella *verksamheten*, dvs. till vårdpersonalen i rollen som patient eller anhörig. Patienter och anhöriga visade sig annars vara de som i störst omfattning dessutom utnyttjade möjligheten till *utträde* (byta läkare eller vårdgivare). De var däremot betydligt sämre på att ta varandra och det *civila samhället* till hjälp. Svag patientorganisering bedömdes vara bidragande orsak till detta. (Ibid., s. 39f.)

Demokratirådets slutsats blev att trots att medborgarna upplevde att en ökad valfrihet gett bättre möjligheter att påverka genom utträde – byte av läkare eller vårdinrättning, kännetecknas vården alltså av ett stort och rent av ökande inslag av tyst vanmakt. En grupp som i än högre utsträckning än patienter och anhöriga kännetecknas av passivitet och vanmakt är de arbetslösa. (Ibid., s. 41–47) Att de mest utsatta är de som har svårast att göra sina röster hörda och utöva inflytande är därmed tydligt.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det ökade missnöje som vissa studier tyder på, *inte följts av en ökad aktivitetsgrad bland medborgarna*. Aktiviteten bland patienter/anhöriga verkar snarare ha minskat.

Att påverka som patient – direkt påverkan

På en skala från ”inga möjligheter” (0) till ”stora möjligheter” (10) fick de intervjuade i Demokratirådets undersökning bedöma sina möjligheter att påverka vården i fyra avseenden. Se Tabell 14. Samma frågor ingick 1987 och jämförelser kan därför göras. Sjukvården är ett av de

områden där medborgarna upplevde att de hade störst möjligheter att utöva inflytande.

Tabell 14 Bedömning av möjligheter att påverka som patient eller anhörig 1987 och 1997 (medelvärden på skalan 0–10)

Vilka möjligheter anser Du att Du som patient eller anhörig har att:	1987	1997
Påverka vården i fråga om sådant som Du kan tänkas ha önskemål om	3,8	4,2→
Få vård i tillräcklig omfattning	6,2	6,2–
Välja den läkare som Du vill ha	3,7	6,4→
Byta till annan mottagning eller vårdklinik om Du skulle vilja	3,6	6,6→
<i>Genomsnitt för patienter och anhöriga</i>	<i>4,4</i>	<i>5,8→</i>

Källa: Petersson, O. m.fl. 1998.

→ Statistiskt säkerställd ökning från 1987 till 1997.

– Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan 1987 och 1997.

Tabellen visar tydligt att medborgarna i patientrollen *upplever* sig kunna påverka mer i slutet av 1990-talet än de kunde tio år tidigare. När det gäller möjligheterna att välja läkare och byta vårdklinik är ökningarna störst. Också i jämförelse med de bedömda möjligheterna att utöva inflytande inom andra områden får valfriheten inom sjukvården höga siffror. (Endast möjligheterna att påverka omfattningen av barnomsorg, reparationer och byte av bostad samt uppläggningsdagen fick högre genomsnittsvärden.) Forskarna bakom demokratirådsrapporten ser detta som något av en valfrihetsrevolution (åtminstone mätt med medborgarnas egna mått) som har öppnat nya vägar för att påverka den egna situationen. (Ibid., s. 32)

Att få vård i tillräcklig omfattning fick 1987 förhållandevis höga värden och denna nivå är bibehållen tio år senare. 1990-talets besparingar tycks därmed inte ha påverkat medborgarnas bedömning av vårdens tillgänglighet.

Klart lägst värden fick möjligheterna att påverka vården ifråga om egna önskemål. En liten ökning har skett, men fortfarande verkar det vara så att medborgarna i rollen som patienter i stor utsträckning upplever sig vara i underläge gentemot (läkar)professionen. Möjligheten att byta läkare kan därför ses som viktig motvikt.

Att många upplever att hälso- och sjukvården blir bättre när de ges ökat inflytande över den egna vårdssituationen via större valfrihet, visar också Landstingsbarometern. Sex av tio angav detta i 1998 års under-

sökning. Andelen låg runt 50 procent vid de två tidigare mätningarna. (*Landstingsbarometern 1998*, s. 8.)

En medborgarundersökning från fyra län 1995 visade att äldre i större utsträckning än yngre var intresserade av att kunna välja vårdgivare. (Anell – Rosén 1995, s. 52)²⁹ De som rimligtvis har störst erfarenhet av sjukvård, äldre människor, är alltså de som är mest positiva till valfriheten.

Rätten att välja läkare och vårdinrättning verkar därmed sammanfattningsvis ha varit viktig för patienternas upplevda möjligheter att påverka den egna situationen. Att vanmakt ändå allttjämt är kännetecknande för patienter och anhöriga sågs av Demokratirådet som ett tecken på att valfriheten har slagit igenom i medvetandet, men att det i praktiken är långt kvar. (Petersson m.fl. 1998, s. 45f.)

Förhållandet skulle också kunna vara ett uttryck för att det främst är de starkaste grupperna i samhället som förmår utnyttja valfriheten. Vilka som främst begagnar sig av möjligheten att välja har emellertid ännu inte analyserats, och det finns därför inga belägg för en sådan tolkning. Demokratirådets senaste rapport visar dock tydligt att högutbildade och ekonomiskt starka medborgare över huvudtaget oftare tar initiativ för att påverka sin situation. (Ibid., s. 88) Det har påpekats att de som haft svårt att göra sin röst hörd i det "gamla systemet" troligen inte har det lättare i det nya valfrihetssystemet. Även här krävs att någon tar aktiv part för dem som inte har kraft och förmåga att utnyttja systemets fördelar. (Montin 1995, s. 33)

Totalt sett verkar valfriheten också endast ha utnyttjats marginellt. Det finns också stora *regionala skillnader*. I glesbygden finns t.ex. knappast några alternativ, medan patienterna i Göteborgsområdet, där sjukhusenheterna ligger nära varandra, i ganska stor utsträckning utnyttjat valfriheten. (Leffler 1996, s. 241)

Politisk påverkan – indirekt påverkan

Undersökningar som enbart är inriktade på medborgaraktiviteten i hälso- och sjukvårdspolitiska frågor saknas. Det finns inte heller några studier som visar om synen på möjligheterna att påverka de politiska besluten i hälso- och sjukvårdsfrågor förändrats under senare år. De nya sjukvårdspartierna har inte heller uppmärksammats.

Demokratirådet visar däremot i sin senaste rapport att medborgarnas engagemang totalt sett stagnerat eller t.o.m. minskat när det gäller flera

²⁹ I studien ingick fyra län; Stockholms, Kalmars, Malmö/Malmöhus och Skaraborgs.

av de aktiviteter (exempelvis föreningsengagemang och deltagande i demonstrationer) som 1987 delvis bedömdes ha ersatt partiaktivitet. Framförallt var det de aktiviteter som kräver större arbetsinsatser och engagemang som gått tillbaka. En större andel än för tio år sedan hade dock skrivit under namninsamlingar och deltagit i bojkotter. Deltagandet i de politiska partiernas aktivitet bedömdes ha nått en så låg nivå att den närmast borde betecknas som alarmerande. (Petersson, O. m.fl. 1998, s. 55f., s. 61f.)

När det gäller möjligheten att påverka sjukvården i mer allmänna termer, är det de politiska besluten som är föremål för intresse, och på detta område kan några allmänna konstateranden göras. Flera problem i finns när det gäller medborgarnas möjligheter att utöva inflytande över landstingspolitiska beslut. Att människors kunskaper om politiken i landstingen är relativt måttliga, visar t.ex. Landstingsbarometern. Endast 13 procent ansåg 1998 att de hade tillräckliga kunskaper om vad de politiska partierna driver för frågor i landstinget. Andelen var ungefär lika stor som fyra år tidigare. (*Landstingsbarometern 1994*, s. 12, *Landstingsbarometern 1998*, s. 5, samt råtabeller för *Landstingsbarometern 1998*.)

Också studien från Västerbotten visade på bristande kunskaper. Endast en tredjedel av dem som ingick i medborgarundersökningen 1993 kunde ange rätt politisk majoritet och få kunde skilja mellan namngivna politiker och tjänstemän. (Kolam – Sawert 1996, s. 6) Det är uppenbarligen så att landstingspolitiken i många avseenden är, eller åtminstone varit okänd för medborgarna.

Enkäten som gjordes i Västerbotten två år senare visade nämligen på betydligt bättre kunskaper. En klart större andel, 6 av 10 kände i den senare undersökningen till den politiska majoriteten. Att valet låg något närmare tillbaka i tiden vid det andra undersökningstillfället sågs som en förklaring. Ökad massmediabevakning av hälso- och sjukvårdsfrågor bedömdes vara en annan. Det bör också påpekas att bortfallet i medborgarundersökningen från 1995 var ungefär 50 procent, något som kan ha betydelse. (Ibid., s. 9f.)

Ett annat problem är att medborgarnas *kontakter med de företröendevalda* i landstingen verkar vara begränsade. Vid de medborgarundersökningar som genomfördes i fyra landsting 1993 angav bara ca 5 procent att de haft kontakter med någon landstingspolitiker det senaste året. (Montin – Olsson 1994, s. 26f.) I Västerbottenstudien uppgav något fler att de haft kontakter med politiker, ungefär var tionde. Över 60 procent av medborgarna som deltog i studien, ansåg att det var ganska svårt eller svårt att få kontakt med politikerna. (Kolam – Sawert 1996, s. 6f, s. 15f.)

I jämförelse med landstingspolitiken kännetecknas den kommunala politiken enligt flera bedömare av en större närhet till medborgarna. Kommunalpolitiken har också länge ansetts innehålla frågor som i större utsträckning engagerar medborgarna. På 1990-talet verkar emellertid medborgarnas intresse för hälso- och sjukvårdsfrågor ha ökat. Demonstrationer mot nedläggningar och andra förändringar har varit ett tydligt tecken på detta. I valet 1994 kom också lokala sjukvårdspartier in i landstingsfullmäktige i ett par landsting. (Montin-Olsson 1994, s. 7f.) Valet 1998 innebar ett fortsatt uppsving för lokala sjukvårdspartier på flera håll. Detta är kanske främst ett tecken på missnöje med de traditionella partierna. Att sjukvårdsfrågor väckt intresse och engagemang är också tydligt.

Landstingspolitiken intresserar dock fortfarande betydligt färre än rikspolitiken och den kommunala politiken. I Demokratirådets rapport 1997 angav 75 procent av väljarna att de var ganska eller mycket intresserade av politiken i Sverige som helhet. För kommunalpolitiken var motsvarande siffra 65 procent, medan endast varannan väljare sade sig ha intresse för politiken i landstingen. Även politiken i Europa upplevdes som intressantare än landstingspolitiken. (Pettersson, O. m.fl. 1997, s. 94) Den några år äldre Västerbottenstudien antyder ett än sämre intresse. Andelen som sade sig vara mycket eller ganska intresserade av politik i allmänhet var 45 procent. Intresset för landstingspolitik var betydligt lägre, ca 30 procent. (Kolam – Sawert 1996, s. 12)

Införandet av ett nytt styrsystem går i vissa fall medborgarna obemärkt förbi. I Västerbotten angav exempelvis ungefär 70 procent 1995 (två år efter modellens införande) att de inte kände till att landstinget infört en s.k. beställar-utförarmodell. (Ibid., s. 11f.) Resultatet är ett tydligt tecken på att landstingens inre organisatoriska förändringar i vissa lägen egentligen inte påverkar medborgarna alls eftersom de inte ens känner till vad som skett.

Ett rimligt antagande är att medborgaraktioner i syfte att påverka hälso- och sjukvården har ökat under 1990-talet. Detta som en följd av den ökade uppmärksamhet som riktats mot sjukvården. Den generella trenden om minskad medborgaraktivitet för politisk påverkan verkar således inte gälla hälso- och sjukvården. Landstingspolitiken är ändå alltså mindre intressant för medborgarna än politiken i kommunen och på riksplanet.

I örebroforskarnas undersökning var framför allt Bohuslän och Västmanland exempel på breda folkliga uppslutningar mot besparingsförslag. I båda landstingen tillsattes särskilda utredningar som skulle föreslå strukturförändringar i syfte att spara pengar. *Protestlistor och demonstrationer* anordnade av lokalbefolkningen och anställda, följde i dess spår. Inte i något av landstingen kunde man genomföra

sina förslag i helhet. (Montin - Olsson 1994, s. 51f.) Folkliga uppslutningar kan uppenbarligen ha stort inflytande över de politiska ställningstagandena. (Under rubriken 5.3 jämförs de båda fallen närmare.)

I många fall är det troligt att intresseorganisationer och personal vid nedläggningshotade sjukhus och kliniker varit pådrivande i protestaktionerna. I en studie om besparingsprojekten i landstingen i Värmland och Dalarna bedömdes det frivilliga medborgarsamhället ha en svag position i förhållande till de politiska institutionerna. Flera grupper, exempelvis fackliga organisationer och pensionärsorganisationer, hade dock varit aktiva och haft framträdande roller i protestaktioner mot besparingsförslag i de båda landstingen. (Pettersson 1998, s. 72)

Även Demokratirådets undersökningar visar tecken på ökat engagemang för hälso- och sjukvårdsfrågor i vid mening. Vid tidpunkten för intervjuerna (hösten 1997) var det sjukvårdsfrågor som samlade flest medborgaraktiviteter (ca 15 procent) när det gällde försöken att påverka. Detta var också en klar ökning sedan 1987. Hälso- och sjukvårdsfrågor var tillsammans med skola och utbildning, också det område som medborgarna uppfattade som mest politiskt angelägna vid tiden för undersökningen. (Pettersson, O. m.fl, 1998, s. 98f, s. 101f.)

Diskussioner och beslut om nedskärningar har alltså på flera håll lett till breda mobiliseringar. *Media* har samtidigt ägnat hälso- och sjukvården stor uppmärksamhet. Att media är viktiga aktörer när det gäller att sätta den politiska dagordningen är välkänt. Deras inflytande över medborgarnas attityder verkar däremot vara mer begränsat.

En SOM-undersökning genomfördes under hösten 1997. Vid samma tidpunkt uppmärksammades missförhållandena vid ett vårdhem i Solna som drevs i privat regi. Eftersom undersökningen redan påbörjats gavs unika möjligheter att studera hur en stor exponering i media påverkar människors inställning. Analyser om skillnader mellan svar som inkommit innan förhållandena uppmärksammades, svar som kom i samband med rapporteringen och svar som kom in sedan medierna tystnat kunde göras. Ett tydligt mönster kunde urskiljas både vad gäller inställningen till privat sjukvård och privat äldreomsorg. I samband med uppmärksamheten ökade motståndet mot privatiseringar inom dessa områden, för att efter en tid sedan snabbt återgå till i stort sett samma nivå som innan rapporteringen. Slutsatsen som drogs var att en omfattande mediaexponering av förhållandena inom ett verksamhetsområde endast under en begränsad tid påverkar medborgarnas attityder. Mer grundläggande faktorer ligger i stället bakom opinionsutvecklingen. (Nilsson 1998, s. 84–91)

Medias inflytande över medborgarnas uppfattningar verkar således vara begränsat. Att media däremot är en oerhört viktig när det gäller att sätta frågor på dagordningen är uppenbart. Den fokusering på en fråga

som media kan åstadkomma är unik, detta visar inte minst uppmärksamheten kring vårdhemmet i Solna. Att medborgarna i Landstingsbarometern ofta uppger att vägen via media är en tänkbar väg om de vill påverka är därför fullt naturligt. När det gäller att mer långsiktigt påverka medborgarnas attityder spelar media en väsentligt mindre roll, och här finns ett stort utrymme för de politiska partierna och de förtroendevalda.

Sammanfattningsvis finns tecken på att medborgarnas engagemang för att påverka sjukvårdspolitiska frågor ökat under 1990-talet. Man kan konstatera att medborgarnas försök att påverka åtminstone i några fall varit framgångsrika. Mer omfattande kartläggningar saknas.

Sammanfattande kommentarer: Framgångsrik påverkan?

I vilken utsträckning försöken att påverka är framgångsrika är av stort intresse. I Demokratirådets undersökning av medborgarroller hamnade patienter och anhöriga i en mellanposition med en framgångsbalans på 14 (procentandel ja-svar minus procentandel nej-svar på frågan "Fick Du i huvudsak Dina önskemål tillgodosedda?") bland dem som hade försökt påverka. Motsvarande siffra 1987 var 8 procent, men någon ökning kan inte fastställas statistiskt. (Petersson, O. m.fl. 1998, s. 43f.)

Medborgarperspektivet kan därmed sammanfattas. Att den offentliga sjukvården besitter ett gediget förtroendekapital, och att de flesta är tämligen nöjda med den vård som erbjuds är tydligt. Vissa undersökningar tyder dock på att missnöjet ökat något. När missnöje uppstår är en mycket stor andel passiva och agerar inte för att påverka sin situation. De har till och med blivit mindre benägna att agera som *patienter* de sista tio åren och behåller i allt större utsträckning missnöjet för sig själva, den *tysta vanmakten är utbredd*. Människor som är i behov av vård är en utsatt grupp, och kanske saknar många energin som krävs för att kunna utöva inflytande. Upplevelserna av att man fått sina önskemål tillgodosedda när man försökt påverka är ungefär desamma som för tio år sedan.

Samtidigt kan dock förbättringar skönjas när det gäller patienternas möjligheter att utöva inflytande om man ser till en annan aspekt. *Valfrihetsreformer*na har uppenbarligen inverkat positivt på medborgarnas upplevda möjlighet att utöva inflytande. Möjligheten att "rösta med fötterna" har *stärkt medborgarna* i rollen som patient, åtminstone i medvetandet. Det är tänkbart att det främst är starka grupper, de som i övrigt är mest aktiva för att påverka, som utnyttjar denna rättighet. Stora regionala skillnader finns också.

Det finns också tecken som tyder på att medborgarna som kollektiv under de senaste åren blivit *mer aktiva* genom att, i syfte att påverka övergripande strukturella *politiska beslut*, delta i *demonstrationer och namninsamlingar* på flera håll i landet. I flera fall har medborgarna även varit framgångsrika i sina protester. Media spelar också en viktig roll när det gäller att sätta frågor på dagordningen. *Medborgarnas kontakter med de förtroendevalda är dock begränsade* och om de förändrats är oklart.

Det man kan säga om de förändrade styrformerna är att *strukturella förändringar*, som valfrihetsreformer, påverkar medborgarna som patienter direkt. Sådana förändringar har också *betydelse för* (åtminstone den upplevda) möjligheten till *inflytande*. *Organisatoriska förändringar* (t.ex. införandet av BUM) påverkar medborgarna indirekt och hittills verkar dessa ha *sämre förutsättningar att ge medborgarna ökat inflytande*. Medborgarna känner ibland inte ens till att något förändrats.

5.3 Politikerperspektivet

Vid sidan av krav på besparingar har politikerna under 1990-talet haft att brottas med andra problem. Som flera undersökningar visat är det inte i första hand politiker medborgarna vänder sig till när de vill påverka. Direkta kontakter med vårdpersonalen och utnyttjandet av valfriheten är förmodligen det vanligaste sättet att försöka påverka för egen del, medan breda demonstrationer och namninsamlingar verkar ha föredragits av medborgarna när det gällt att uppmärksamma de förtroendevalda på deras synpunkter och påverka stora strukturella politiska beslut. Politikerna har således ofta förbigåtts, medborgarna har valt andra kanaler än direkta kontakter med politiker. Till detta kommer svårigheter att engagera människor till partipolitiskt arbete och ett svagt förtroende för de förtroendevalda.

Legitimitet, handlingskraft, förankring

De förtroendevalda skall vara medborgarnas företrädare. Samtidigt som de har som uppgift att tolka och ta hänsyn till medborgarnas signaler och behov, har de ansvaret för att göra prioriteringar utifrån de ekonomiska förutsättningar som finns. Politikerna skall vara garanter för folkstyret och på samma gång vara handlingskraftiga.

Nyckelbegrepp: behov och rättvisa

Behov och rättvisa är begrepp som kan betecknas som fundament för den svenska sjukvården.

Att alla med samma *behov* skall ha samma möjligheter till behandling, är starkt förankrat bland medborgarna. Endast 6 procent ansåg 1998 att man skall kunna få snabbare behandling än andra med samma sjukdom om man betalar extra. Hela 92 procent ansåg att man inte bör kunna betala sig före i kön. (*Landstingsbarometern 1998*, s. 7)

Behovsprincipen är grundpelaren för den svenska hälso- och sjukvården. Medborgarnas företrädare, politikerna, har den svåra uppgiften att göra *rättvisa* prioriteringar utifrån denna princip. I en värld med begränsade resurser är prioriteringar nödvändiga, behov måste vägas mot behov.

Den internationella expertpanel av hälso- och sjukvårdsekonomer som 1992 gav sin syn på den svenska sjukvården pekade bland annat på att solidaritetstanken var väl förankrad i det svenska systemet, men att såväl begreppen rättvisa och jämlikhet som begreppet behov, saknade klara definitioner. De flesta talade om betydelsen av dem, men innebörden var både varierande och oklar. Några år senare återvände några i panelen för att göra en uppföljning, och på detta område blev bedömningen densamma; begreppens innebörd var fortfarande otydlig, och därigenom ett problem i samband med prioriteringar. (Culyer (1992), s. 27ff, Culyer m.fl. 1997, s. 4) De nedskärningar och rationaliseringar som varit nödvändiga under 1990-talet, har sannolikt accentuerat svårigheterna. Samtidigt bör det naturligtvis påpekas att dessa begrepp är oerhört komplexa och därigenom svåra att definiera entydigt och invändningsfritt.

Demokrati och handlingskraft

De senaste årens besparingskrav har tydliggjort politikernas ekonomiska ansvar. Under tider av expansion handlade det mycket om att "satsa mer och bygga ut", medan 1990-talet istället tvingat till "besparingar och nedläggningar". Prioriteringar utifrån dessa förutsättningar kräver förankring bland medborgarna.

Studien från de fyra landstingen visar tydligt hur viktigt förankring är. Efter folkliga protester tvingades man ändra sina besparingsförslag i både Bohuslän och Västmanland. I Västmanland lyckades man dock efter visst kompromissande uppfylla målsättningen om storleken på besparingarna. I Bohuslän havererade dock sparförslaget helt och det politiska majoritetsblocket splittrades. Forskarna bakom undersök-

ningen pekade på flera tänkbara orsaker till de olika utfallen. Dels var sparbetingen större i Bohuslän, dels bedömdes legitimitetsproblemen som större i Bohuslandstinget. Den s.k. Bohusmodellen hade lagt stor tyngd vid att utveckla en lokal politikerroll med starkt lokalt stöd. Förslagen om strukturförändringar arbetades fram snabbt och det fanns inte tid och utrymme till lokal förankring. Även geografiska skillnader pekades ut som möjlig förklaringsfaktor. (Montin – Olsson 1994, s. 53f.) Ur ett legitimitetsperspektiv lönar det sig förmodligen för politikererna att hålla täta kontakter med olika medborgargrupper, menar örebroforskarna. (Ibid., s. 35)

Erfarenheterna från Bohuslän och Västmanland är tydliga exempel på den konflikt som kan uppstå mellan handlingskraft och demokrati. De förtroendevalda är beroende av medborgarnas stöd – demokratisk förankring – för legitimiteten i sina beslut, samtidigt som de är ansvariga för att på ett effektivt sätt använda de resurser som finns. En dialog med medborgarna för att uppnå förståelse för behov av besparingar, är lika viktig som svår. I tider då jakten på besparingar och krav på handlingskraft funnits i centrum, har den demokratiska förankringen i vissa lägen fått stå tillbaka. Stora medborgerliga mobiliseringar och protestaktioner har ibland blivit ett naturligt svar på detta. Snabbheten i beslutsprocesserna har lett till legitimitetsproblem som fått medborgarna att agera på egen hand.

I studien av besparingsprojekten i Värmland och Dalarna konstaterades att politikerna ägnat liten kraft åt den yttre dialogen med medborgarna. Tonvikten hade legat på den inre dialogen med förvaltning och (läkar)profession. (Pettersson 1998, s. 83)

Att de svenska partierna brottas med stora problem är välkänt. Framför allt har de sjunkande medlemstalen och svårigheterna att locka ungdomar uppmärksamrats. Enligt studien i de fyra landstingen verkar partierna också stå inför interna problem då *landstingspolitiken betecknades som toppstyrd med förhållandevis svag koppling till de lokala partiföreningarna*. Endast mellan en fjärdedel och en tredjedel av de förtroendevalda angav att de lokala partiföreningarna var mycket betydelsefulla i arbetet. I ett historiskt perspektiv verkar dock denna kontakt varit svag åtminstone sedan 1960-talet. (Montin – Olsson 1994, s. 48)

Samtidigt visar studien från Sörmland att en stor majoritet av de ordinarie fullmäktigeledamöterna, 79 procent, ansåg att fullmäktiges beslut var förankrade i respektive partiorganisation. (Pettersson, H. 1994, s. 68) Även en rapport från 1993 till Lokaldemokratikommittén (som byggde på undersökningar från nio kommuner, varav sex infört BUM, och två BUM-landsting) visade att fullmäktigebesluten i regel

upplevdes vara väl förankrade i den lokala partiorganisationen. (Montin m.fl. 1993, s. 79ff.)

Frågorna i undersökningarna är olika formulerade, vilket säkert har betydelse för de skilda resultaten. Att studierna inte heller alltid innefattat politiker "på samma nivåer", kan vara en annan förklaring till olikheterna. Det är också tänkbart att de regionala skillnaderna är stora när det gäller förankringen i de egna leden.

Utmaningar som kommer "utifrån" (information om medborgarnas behov och problem) är nödvändiga för att politikerna skall kunna ta ställning till vad som bör prioriteras. Några slutsatser som drogs utifrån studien i de fyra landstingen var, som nämnts, att landstingspolitiken var relativt inåtvänd, partibunden och toppstyrd i samtliga undersökta landsting. Problem och utmaningar som hanterades av de förtroendevalda upplevdes i hög utsträckning komma "inifrån" organisationen och "uppifrån" i partierna. Med hjälp av ett underlag som främst kom från andra aktörer inom systemet handlade det för politikerna om att bestämma hur resurserna skulle användas. Folkhälsoarbete och förebyggande hälsoarbete verkade inte vara särskilt prioriterade områden. (Montin – Olsson 1994, s. 56ff, s. 86f.)

Även Petersson pekade i sin utvärdering av Sörmlandsmodellen på att uppgifterna om befolkningens önskemål och behov alltså var bristfälliga. Produktionsinriktat material dominerade. (Petersson, H. 1994, s. 131, s. 137)

Oavsett organisationsform verkar det alltså vara så att politikernas kunskaper om befolkningens behov är begränsade. BUM som poängterar politikernas roll som medborgarnas företrädare verkar inte ha inneburit någon förbättring på detta område. Det bör dock påpekas att tidsperspektivet än så länge är kort, och att det på sikt kan finnas förutsättningar för förbättringar.

I en översiktlig genomgång av landsting som infört BUM drogs en annan slutsats. Där konstateras att det fanns en tendens till att politikernas intresse och aktivitet för att kartlägga medborgarnas behov hade ökat i och med beställarstyrningen. (Bergman – Dahlbäck 1995, s. 100) Denna översikt tyder alltså på att BUM på sina håll medfört större fokusering på medborgarnas behov och därmed ökade kunskaper om dem.

Kontakter med medborgarna

I studien i de fyra landstingen fick de politiker som besvarade enkäten ange vilka organisationer och personer som de över lag såg som betydelsefulla i det politiska arbetet. Generellt sett bedömdes partigruppen i

nämnden, styrelsen och/eller fullmäktige vara mycket betydelsefulla (uppemot två tredjedelar angav detta). Partiföreningen på hemorten, enskilda medborgare/patienter och tjänstemän knutna till nämnd/styrelse var andra relativt vanliga alternativ. Vissa mindre skillnader fanns mellan landstingen. När enkätsvaren kompletterades med svaren från intervjuerna, framgick att medborgarkontakterna var mer betydelsefulla för politikerna i Bohuslän än i övriga landsting, och att de förtroendevalda i Jämtland hade tätare kontakter och starkare förankring i sin lokala miljö än vad som var fallet i de andra landstingen. (Montin – Olsson 1994, s. 47f.)

Studien i de fyra landstingen innehöll också frågor om de förtroendevaldas kontakter med medborgarna. Likheter mellan landstingen var ganska stora. Vanligast var att politikerna mötte medborgarna i samband med partimöten, på arbetet eller genom att de blev uppringda. Ett liknande mönster framträdde även i Västerbotten. I örebroforskarnas studie var Västmanland det landsting där politikerna oftare än i övriga landsting fick ta emot synpunkter på hälso- och sjukvården via, telefon, kontakter i grannskapet och per brev. En förklaring till detta bedömdes varade intensiva diskussioner om sjukvårdens utveckling som förts under hösten då undersökningen genomfördes. (Ibid., s. 27f., s. 34f., Kolam – Sawert 1996, s. 24)

Den politiska dagordningen, inte organisationsform, verkar således vara viktigast för tätheten i kontakterna (andra än rent partipolitiska) mellan politiker och medborgare. Innehåller den frågor som engagerar människor, ökar kontakterna. Som påpekats har media en central roll i detta sammanhang.

I studien från Västerbotten framkom också som nämnts att många medborgare upplevde det som svårt att få kontakt med politikerna. Många, 65 procent, tyckte 1995 inte heller att landstingspolitikerna hade tillräcklig kontakt med väljarna mellan valen. I samma studie ansåg politikerna generellt att de var ganska eller mycket lätta att få kontakt med. Ungefär 60 procent angav att de hade medborgarkontakter minst en gång i månaden, och resten att de träffade medborgare oftare än så. (Kolam – Sawert 1996, s. 17, s. 24ff.)

I Sörmlandsstudien angav drygt hälften av politikerna att de hade kontakter varje vecka eller oftare. Övriga uppgav att de mötte medborgare någon gång per månad eller mer sällan. Tätast kontakter hade de politiker som hade centrala positioner i organisationen. (Petersson, H. 1994, s. 38f.)

Det är förhållandevis få medborgare som anger att de har kontakter med politiker. Politikerna själva menar samtidigt att de är lätta att nå och att de ganska ofta möter medborgarna. Möjligen visar detta att det är en begränsad grupp medborgare som ofta träffar de förtroendevalda.

Tydligt är att uppfattningen om kontakterna mellan medborgare och politiker skiljer sig åt beroende på vem som tillfrågas.

Att politikerna uppfattar information från medborgarna som värdefull tyder studien i Västerbotten på. De allra flesta ansåg att information från medborgarna hade ganska eller mycket stort värde. Uppenbart var också att ju mer kontakter politikerna hade med medborgarna, desto värdefullare upplevdes informationen. (Kolam – Sawert 1996, s. 27)

Huruvida kontakterna mellan de förtroendevalda och medborgarna har förändrats genom införandet av BUM, är oklart. Det saknas tydliga siffror (före-efter-mätningar) som gör det möjligt att jämföra om en förändring av kontakterna skett sedan modellerna införts. Vissa tendenser om ändrade kontaktmönster kan dock skönjas. Det bör dock påpekas att förändringar som kan påvisas inte entydigt kan kopplas till de förändrade styrformerna. Den lokala politiska agendan är som påpekats en mycket viktig faktor. Innehåller den frågor som av en eller annan anledning engagerar medborgarna, blir förmodligen kontakterna mellan medborgare och politiker tätare.

Av de förtroendevalda i Gävleborg var det framför allt politikerna som satt som beställare i hälso- och sjukvårdsnämnderna som var mest positiva till den nya ordningen och den nya politikerrollen. Dessa ansåg sig också, i enlighet med intentionen, ha utökat sina medborgarkontakter. (Petersson, H 1998, s. 60f, s. 77)

Även i Västerbotten såg majoriteten av de intervjuade politikerna hälso- och sjukvårdsnämndernas nya sätt att arbeta som positivt. De menade dock ofta att tiden inte räckte till för att träffa medborgarna i den omfattning de önskade. (Kolam – Sawert 1996, s. 7)

I Sörmland menade däremot en klar majoritet av politikerna att kontakterna med medborgarna inte förändrats genom organisationsförändringarna, utan att de var desamma som tidigare. Ungefär 13 procent menade att de hade ökat. De flesta av de som ansåg att de hade ökat tillhörde något av de tre förtroendeskott³⁰. Detta sågs som naturligt med tanke på att dessa utskott hade kontakter med medborgarna i respektive länsdel som huvuduppgift, medan beställaransvaret låg hos landstingsstyrelsen. (Petersson, H. 1994, s. 40)

Kontakterna med medborgarna och kunskaperna om deras behov verkar lämna en del övrigt att önska. Det finns dock *tecken på att vissa politiker i landsting som infört BUM utökat sin medborgarkontakter, men tendenserna är inte entydiga*. I Sörmland var det t.ex. en annan förändring, införandet av förtroendeskott, som hade positiv inverkan på kontakterna mellan politiker och medborgare. Åter bör det också

³⁰ Förtroendeskotten har bytt namn till hälsonämnder.

påpekas att tidsperspektivet är förhållandevis kort. Det saknas också mer omfattande jämförelser med landsting som inte infört BUM.

Medborgarnas syn på landstingspolitiken

Som visats verkar intresset för hälso- och sjukvård i någon mån ha ökat under 1990-talet. Landstingspolitiken verkar dock på det stora hela alltfjämt ha svårt att intressera medborgarna. Endast ett fåtal frågor engagerar en större allmänhet och kunskaperna om partiernas ståndpunkter i sjukvårdsfrågor är begränsade. Länken mellan väljarna och de valda verkar också vara tämligen svag. I Sörmlandsstudien var det t.ex. endast ca en fjärdedel av de förtroendevalda som i stort sett instämde i påståendet att besluten i fullmäktige bygger på starka opinioner bland medborgarna. (Pettersson, H. 1994, s. 69)

I örebroforskarnas medborgarundersökningar ingick tre frågor om förtroendet för landstingspolitikerna. Sammanfattningsvis visar dessa att förtroendet för de förtroendevalda i landstingen är tämligen lågt. Endast en av tio ansåg att politikerna tar folk på allvar när klagomål framförs, medan över 40 procent menade att så inte var fallet. Närmare hälften hade samtidigt ingen uppfattning i frågan. Att politikerna har dålig kännedom om behoven inom hälso- och sjukvården ansåg 47 procent. Drygt 10 procent tyckte att politikerna hade tillräckliga kunskaper och ungefär 40 procent hade ingen uppfattning. Ungefär fyra av tio menade däremot att politikerna är viktiga för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Drygt var fjärde ansåg att de förtroendevalda inte är viktiga, medan var tredje inte hade någon uppfattning. (Montin – Olsson 1994, s. 31ff.)

Att många inte hade någon uppfattning i frågorna skulle kunna tolkas som brist på kunskaper eller intresse för landstingspolitik. Tydligt är också att tilltron till de förtroendevalda är svag. Intressant att notera är samtidigt att så många som fyra av tio, trots svagt förtroende för politikerna, menade att politikerna är viktiga för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Förhållandevis många ansåg alltså att politisk styrningen av hälso- och sjukvården är viktig.

Även i studien från Västerbotten framkom att medborgarna har mindre gott förtroende för politikerna. Ytterst få (ca 2 procent) ansåg att de förtroendevalda i hög grad var måna om att informera eller företräda medborgarna, medan ungefär var tredje menade att så inte alls var fallet. Skillnaderna mellan de två mätningarna (1993 och 1995) var tämligen marginella. (Kolam – Sawert 1996, s. 17f.)

Örebroforskarna menar att det finns anledning att hålla isär två typer av misstro. Det ena riktar sig mot politikernas konkreta verksamhet och

aktiviteter, och här är misstron tämligen stor. Den andra typen rör det demokratiska/politiska systemet i stort, och på denna punkt finns istället *en relativt utbredd tilltro till politikernas roll för utvecklingen av hälso- och sjukvården*. (Montin – Olsson 1994, s. 34) Samma sak framkom som nämnts även i Landstingsbarometern, där två av tre menade att landstingsvalet var viktigt.

Lojalitetskonflikter

Landstingspolitikerna har flera lojaliteter att ta hänsyn till. I en decentraliserad organisation där politikerna representerar områden inom kommunen eller landstinget aktualiseras en typ av rollkonflikt. Är det de boende/partiets väljare i området eller hela kommunen/landstinget som i första hand skall företrädas? (Bengtsson – Nilsson 1995, s. 7)

Örebroforskarna tog upp de lojalitetskonflikter som de förtroendevalda i landstingen ställs inför. Oavsett om landstinget har en decentraliserad organisation eller inte, pekade man på att landstingspolitikerna i många lägen har starka *lokala lojaliteter*. Vid strukturförändringar som exempelvis drabbar en valkrets hårt, blir det lokala trycket hårt på de förtroendevalda därifrån. För en sådan politiker är det inte lätt att försvara nedskärningarna och det kan vara svårt att inte delta i en mobilisering till försvar för den aktuella verksamheten. I sådana lägen uppstår lätt en konflikt mellan den lokala nivån och den centrala nivåns övergripande politiska och ekonomiska ansvar. Lokalpolitiker och centrala "managementpolitiker" kan ha vitt skilda intressen som också sträcker sig över partigränserna. Även *partiloyaliteten* kan sättas på svåra prov. I vissa fall kan dessa lojalitetskonflikter också karaktäriseras som en motsättning mellan den lokala nivåns *fritids-* och den centrala nivåns *yrkespolitiker*. (Montin – Olsson 1994, s. 52, s. 88f.)

Studien i de fyra landstingen visade att de organisatoriska lösningarna kan spela en viktig roll. De olika utfall som förslagen om strukturella förändringar i Bohuslän och Västmanland fick, kunde delvis förklaras av skild organisation. Båda landstingen hade en decentraliserad organisationsform, men medan Bohuslän hade 14 lokala hälso- och sjukvårdsnämnder som överensstämde med kommunindelningen, hade Västmanland bara fyra distriktsstyrelser. De lokala identiteterna var därför förmodligen mer institutionaliserade i Bohuslän och lokala intressen kom att konkurrera mer med varandra. I Västmanland satt dessutom alla ledamöter i distriktsstyrelserna också i landstingsfullmäktige, medan denna överlappning saknades i Bohuslandstinget där ett stort antal förtroendevalda enbart var lokalpolitiker. (Ibid., s. 53f.)

Studien från de fyra landstingen visar att ett nollsummespel mellan olika lokalsamhällen riskerar att uppstå när resurserna krymper. Starka spänningar inom landstingen och inom partierna kan i sådana lägen lätt uppkomma. (Ibid., s. 95) Att det emellertid finns en stor medvetenhet om detta bland politikerna visas t.ex. av att en majoritet av de förtroendevalda i Gävleborg ansåg att det förelåg en konflikt mellan "koncernnyttan" och lokala intressen. (Petersson, H 1998, s. 92) I Sörmland var ett av motiven för att frångå indelningen i direktioner att den lösningen gav upphov till en låsning vid lokala intressen. (Petersson, H. 1994, s. 24)

Diskussionerna om centralisering eller decentralisering är kanske det tydligaste exemplet på de lojalitetskonflikter som kan uppstå. På detta område kan man dock inte entydigt koppla problemen till styrform. Även i centraliserade landsting kan starka spänningar uppstå mellan lokala och centrala intressen.

Specialiserade politiker begränsade av starka professioner

Landstingspolitikerna har också en speciell situation sett ur ett annat perspektiv. Av flera skäl finns stora skillnader mellan de förtroendevaldas situation i landsting och kommuner. Den första är historisk. Medan utvecklingen i kommunerna något förenklat följde ordningen; först de förtroendevalda, sedan tjänstemän och professionalisering, är landstingens historia den motsatta. Här kom först de *medicinska professionerna* och därefter politikerna. För det andra skiljer sig politikerrollen åt väsentligt i flera avseenden. I förhållande till de kommunalt förtroendevalda, är landstingspolitikerna mer specialiserade på en fråga. Dessutom begränsas de av en stark profession (som har expertkunskaperna) på ett annat sätt än vad som är fallet i kommunerna. Kommunalpolitiken kännetecknas också av en större närhet till medborgarna och större möjligheter att påverka verksamheten. Medborgarnas engagemang har av tradition också varit starkare i kommunalpolitiken än i landstingspolitiken. (Montin – Olsson 1994, s. 7)

Att politikernas styrande roll var svag i förhållande till professionens utövare, visade sig tydligt när det ekonomiska läget medförde krav på besparingar, krav som uttryckligen krävde prioriteringar. Under åren av expansionspolitik framträdde denna svaghet inte lika klart. Ett sätt att försöka stärka den politiska rollen var alltså att skilja på rollerna som befolkningsföreträdare och verksamhetsföreträdare. Politikerna skulle koncentrera sig på att vara befolkningens företrädare, och där-

igenom kunna ställa högre krav på producenterna. (Leffler 1996, s. 239)

Att BUM inte verkar ha lyckats med denna intention tyder en utvärdering av Stockholmsmodellen på; beställarorganisationerna ansåg fortfarande att de befann sig i underläge gentemot utförarna. (Dahlström – Ramström 1995, s. 52) Av intervjuer med politiker i landstinget i Dalarna framkom samma sak. Många upplevde att man inte lyckades organisera beställarsidan på ett sätt så att den kunde matcha producentensida. (Pettersson 1998, s. 81)

Vid sidan av den medicinska professionen utgör även *tjänstemännen* en stark grupp som påverkar den politiska styrningen. I studien i de fyra landstingen 1993 fick de tillfrågade politikerna ange om de upplevde att förändringar när det gällde inflytande för olika grupper skett under den senaste mandatperioden. Genomgående uttryckte en stor andel av de förtroendevalda att inflytandet för tjänstemän och chefer för olika verksamheter i hälso- och sjukvården hade ökat. (Montin – Olsson 1994, s. 81f.) Liknande resultat framkom i Sörmland. Mer än 80 procent av de förtroendevalda där menade att tjänstemännens och verksamhetsföreträdarnas makt ökat till följd av organisationsförändringarna. (Pettersson, H. 1994, s. 118) Även i Västerbotten uttryckte många politiker att tjänstemännens makt ökat. (Kolam – Sawert 1996, s. 7)

I Gävleborg ansåg många av de förtroendevalda att tjänstemännen och i viss mån de verksamhetsansvariga hade stärkt sin ställning i organisationen. Samtidigt fanns här även antydningar om att också politikerna i någon mån fått en stärkt position. (Pettersson, H. 1998, s. 99) I Bohuslän och Jämtland (som dock inte infört BUM) fanns också tendenser till ökat politiskt inflytande. (Montin – Olsson 1994, s. 82)

Kommunala förnyelsekommittén pekar på en annan typ av maktförskjutning som skett, en intern sådan bland politikerna. Fritidspolitikerens roll har försvagats gentemot heltidspolitikerens som har andra förutsättningar att ägna tid åt styr- och ledningsfrågor. (SOU 1996:169)

Sammantaget verkar politikerna uppleva att en maktförskjutning till förmån för tjänstemän och verksamhetsföreträdare skett i och med införandet av BUM/organisationsförändringen. Att politikerna i de undersökta BUM-landstingen menade att andra grupper ökat sitt inflytande kan vara en konsekvens av det begränsade ansvar som politikerna skall ha enligt modellen. Den upplevda maktförskjutningen skulle dock även kunna vara en generell trend, och situationen skulle i så fall inte vara specifik för BUM-landsting. Örebrostudien tyder på detta.

I de fyra landstingen angav som nämnts många landstingspolitiker att förändringar skett till förmån för tjänstemän och chefer för olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Detta gällde även det lands-

ting (Västmanland) som inte genomfört någon stor organisatorisk förändring. Detta resultat tyder på att förändringar av inflytandet är en dynamisk process som pågår oavsett om det sker några större organisatoriska förändringar eller inte. (Montin – Olsson 1994, s. 82)

För att politikerna (i en BUM-organisation) skall kunna utöva effektiv kostnadskontroll måste de fungera som jämbördiga förhandlingspartners till utförarna. Vissa menar därför att det är nödvändigt att "egen" ekonomisk och medicinsk expertis (som kan bedöma vilken typ av sjukvårdstjänster som skall upphandlas, till vilken kvalitet, kvantitet och till vilket pris) knyts till politikerna. (Se t.ex. Westin 1995, s. 152)

I Östergötland har man tagit ett steg i denna riktning genom att man knutit konsultativa läkare till beställarsidan för att stärka dess kompetens och även på andra håll har representanter från vården fungerat som rådgivare för beställarpolitikerna. (Leffler 1996, s. 244)

Genom att knyta experter till politikerna är tanken att politikernas roll skall stärkas. I längden kan en sådan utveckling innebära ytterligare steg mot avpolitisering, ett steg mot experternas styre. En beställarpolitiker i Bohuslän framhöll i en intervju just att det kan bli fel om även politiker skall tvingas ha expertkompetens: *"Som politiker skall vi representera befolkningen. Den har inget expertkunnande i sjukvårdsfrågor och då skall inte vi ha det heller."* (Ibid., s. 249)

Ovanstående synpunkter synliggör ett tydligt dilemma. För att politikerna i BUM skall kunna fullgöra sin demokratiska företrädaruppgift på ett bra sätt krävs kompetens i medicinska (och ekonomiska frågor). Samtidigt finns ur demokratisk synvinkel också en fara i att göra politikerna till "medicinska experter", alternativt göra dem mycket beroende av experter. Ett elitistiskt tänkande präglar delvis en sådan utveckling. (Ibid.)

Försöken att förändra politikerrollen

Motiven till organisationsförändringarna i landstingen i Sörmland och Gävleborg var i stort sett desamma. Den främsta orsaken var utan tvekan intresset av att förbättra effektiviteten. Det fanns dock även fler motiv. Demokratiaspekten var ett. Politikernas svårigheter att styra verksamheten var ett skäl till att man i båda landstingen avsåg att förtydliga de förtroendevaldas roll som medborgarnas företrädare och skilja den från beslutsfattande som rör verksamheten. Förbättrad valfrihet för medborgarna var ytterligare något som man i båda landstingen hoppades kunna åstadkomma genom ökad konkurrens i utförarledet. (Pettersson, H. 1994, s. 3f, s. 23, Pettersson, H. 1998, s. 25ff.) I Västerbotten betonades inför införandet av BUM starkt målet om att åstad-

komma fördjupad demokrati. Ökad effektivitet och ökad valfrihet var andra framträdande målsättningar. Utan tvekan var också här kraven på ökad effektivitet utgångspunkt för förändringsarbetet. (Kolam – Sawert 1996, s. 1f.) Även för Bohusmodellen var målsättningen om ökad effektivitet mest framträdande. (Bengtsson – Nilsson 1995, s. 27) Det samma gällde i Stockholm. (Bergman – Dahlbäck 1995, s. 26)

Effektiviteten verkar alltså ha varit den mest framträdande anledningen till de förändringar som gjorts i flera landsting som övergått till BUM. I flera landsting ansåg man samtidigt att förändringarna skulle ha positiva effekter för demokratin. Målen om förstärkt demokrati var säkert genuina. Samtidigt kan man tänka sig att det av legitimitetsskäl var viktigt att motivera de omfattande förändringarna med ökad demokrati.

Förändringsarbete var utmärkande i de fyra landsting som ingick i örebroforskarnas undersökning. Bohuslän och Jämtland, de två landsting som var mest olika i organisatoriskt hänseende, bedömdes vara de som lyckats bäst med att stärka den politiska rollen och öka det politiska inflytandet. I Bohuslän var tanken att lokala organ med beställarpolitiker skulle tydliggöra politikerrollen, medan man i Jämtland av samma skäl arbetade med utskott i fullmäktige. I Bohuslän och Jämtland var det fler av de förtroendevalda (21 respektive 32 procent mot 7 och 8 procent i de övriga två landstingen) som upplevde att deras eget inflytande hade ökat. (Montin – Olsson 1994, s. 81ff., s. 87f.)

Andelen politiker som uppfattade sina egna arbetsinsatser som mycket eller ganska betydelsefulla var över lag hög i de fyra landstingen. Allra högst var den i Bohuslän, 95 procent, medan motsvarande andel låg på knappt 80 procent i de övriga landstingen. Detta sågs som en effekt av den s.k. Bohusmodellens förändringsarbete och betoning på politikerrollen, något som ansågs ha påverkat politikernas självbild. (Ibid., 43) De lokala beställarpolitikerna i Bohuslän såg också sig själva som aktiva. De menade att de hade fått bättre kunskaper om människors levnadsförhållanden och att de oftare än tjänstemännen tog initiativ till förändringar av verksamheten. (Bengtsson – Nilsson 1995, s. 36)

Införandet av BUM och decentraliseringen bidrog alltså uppenbarligen till att tydliggöra den politiska rollen i detta fall. Det bör samtidigt noteras att politikerna i alla fyra landsting över lag hade en positiv bild av det egna arbetet.

Örebroforskarnas resultat skulle kunna förklaras av de organisationsförändringar som gjorts i Bohuslän och Jämtland. Två helt olika förändringar skulle enligt denna tolkning således kunna få liknande effekter (stärkt politikerroll). I så fall är det inte enbart BUM som kan bidra till att stärka politikerrollen. Resultatet kan dock lika gärna vara en följd av att politikerrollen uppmärksammats mycket i samband med

omdanningarna och därigenom bidragit till attitydförändringar och en mer positiv självförståelse hos politikerna. (Montin – Olsson 1994, s. 87f.) *Förändringsarbetet i sig* skulle således kunna vara viktigast när det gäller att *tydliggöra den politiska rollen*, inte vilka förändringar man gör.

En slutsats som drogs vid utvärderingarna av Stockholmsmodellen var att tecken fanns på att medborgarinflytandet kunnat stärkas i och med modellen. Uppdelningen i beställare och utförare bedömdes ha övervägande positiva effekter, tydlighet hade skapats i det att politikerna inriktade sig på vårdpolitiska frågor och producenterna arbetade mer patientorienterat. Många beställarpolitiker i Stockholm upplevde att deras, och därigenom allmänhetens, inflytande och möjligheter att påverka vårdens utveckling hade ökat. (Dahlström – Ramström 1995, s. 52f) Det bör dock påpekas att ingen av utvärderingarna av Stockholmsmodellen haft demokratiaspekterna i fokus, dessa kommenteras ”vid sidan av”.

I Sörmland var det främst politikerna i förtroendeutskotten som hade utökat sina medborgarkontakter. Debatterna i fullmäktige hade också stimulerats. Vissa av dessa förhållanden pekar därmed på en fördjupning av demokratin, menar Petersson. (Petersson, H. 1994, s. 130f, s. 137) De politiker som besvarade enkäten i Sörmland (drygt ett halvår efter införandet) fick också ange i vilken mån de tyckte att reformens syfte uppnåts. Det syfte som bedömdes varit svårast att uppfylla var demokratiutvecklingen, bara 3 procent menade att syftet uppfyllts. Ungefär 60 procent ansåg dock att syftet delvis hade uppnåts. Allra bäst bedömdes effektivitetsintentionen ha uppfyllts, medan valfriheten intog en mellanposition. (Petersson, H. 1994, s. 32f.)

Av de förtroendevalda i Gävleborg var det som nämnts framför allt politikerna som satt som beställare i hälso- och sjukvårdsnämnderna som var mest positiva till den nya politikerrollen. Dessa ansåg också att de utökat sina medborgarkontakter. Beställarpolitikerna tyckte också att relationen till producenterna blivit bättre i det avseendet att de kunde sättas under hårdare krav. Slutsatserna från utvärderingen från Gävleborg liknar de från Sörmland på flera punkter. Rollen som beställarpolitiker hade utvecklats och de förtroendevalda som innehade den rollen verkade också gilla den. Alternativa producenter saknades dock alltjämt och valfriheten för patienterna var därmed begränsad. På dessa punkter hade modellen alltså inte lyckats särskilt väl. Även uppföljnings- och utvärderingsarbetet hade klara brister. (Petersson, H. 1998, s. 60f, s. 77, s. 104f.)

Vid utvärderingen av Bohusmodellen framkom en delvis annorlunda bild. En klar majoritet av politikerna ansåg här att modellen fått

positiva effekter när det gäller såväl demokrati/inflytande som effektivitet och landstingets service. (Bengtsson – Nilsson 1995, s. 28f.)

Studien från Västerbotten kunde sammantaget inte påvisa några stora förändringar två och ett halvt år efter införandet av BUM. De politiker som fanns i hälso- och sjukvårdsnämnderna, beställarpolitikerna, hade delade uppfattningar om huruvida deras roll förändrats. En tredjedel menade att så hade skett, men lika många hade ingen uppfattning. De sistnämnda utgjordes dock till stor del av nya landstingspolitiker. Av de som pekade på att förändringar skett, ansåg flera att politikerna arbetade mer medborgarinriktat i den nya organisationen. (Kolam – Sawert 1996, s. 37)

I rapporten till Lokaldemokratikommittén konstaterades att det var fler förtroendevalda i landstingen än i kommunerna som upplevde att politikerrollen förändrats i önskad riktning, dvs. mot ökade kontakter med medborgarna i och med BUM. Två av tre landstingspolitiker som deltog i den undersökningen menade att beställarstyrningen medfört bättre kontakter. (Montin m.fl. 1993, s. 83)

Sammantaget verkar BUM ändå ha haft liten eller ingen betydelse för demokratin. Samtidigt finns dock *tecken på att beställarpolitikerna stärkt sin roll*. Utvecklingen i Jämtland visar emellertid att *det kanske främst är förändringsarbete som sådant* som bidrar till att politikerna stärks i sin roll, inte vilka förändringar som görs. Ett tydligt tecken är också att många politiker t.ex. upplever att *andra gruppers inflytande ökat* ordentligt. Detta gäller dock förmodligen i de flesta landstingen, oavsett om styrformerna förändrats eller inte. Det bör också noteras att stödet för införandet av nya styrformer över lag varit starkt bland de förtroendevalda. Att slutsatserna är vaga beror på att mer omfattande jämförelser mellan landstingen saknas.

En decentraliserad organisation borde borga för närmare kontakter mellan medborgare och förtroendevalda. Att detta inte är någon självklarhet visar örebroforskarnas resultat. Andelen medborgare som försökt påverka genom partipolitiskt arbete eller kontakter med förtroendevalda var lägre i de två landsting (Bohuslän och Västmanland) som hade en decentraliserad organisation än i de två som hade centralt samlade, detta trots att den totala aktivitetsnivån var högre i de decentraliserade landstingen. (Montin – Olsson 1994, s. 25) *En decentraliserad organisation verkar inte vara någon garanti för ökade kontakter mellan politiker och medborgare.*

Slutkommentarer: Svagheter i organisationsförändringarna

Det har pekats på att exempelvis BUM rymmer flera olika synsätt. I de nya driftsformerna möts ett politiskt, ett företags- och marknads-ekonomiskt samt ett yrkesmässigt (professionellt) förhållningssätt. Det är inte självklart att dessa synsätt alltid är förenliga. Politiskt demokratiskt är det riktigt att tillfredsställa de mest angelägna behoven, från ett företags- och marknadsekonomiskt synsätt är det förnuftigt att prioritera de tjänster som efterfrågas även om de inte helt sammanfaller med de socialt erkända behoven, medan det ur ett yrkesmässigt perspektiv är angeläget att de behov som är relaterade till de egna yrket tillgodoses på ett kvalitativt bra sätt. En spänning mellan de olika synsätten kan uppstå. (Kronvall – Johansson 1996, s. 364)

Jon Pierre, professor i statskunskap, pekar också på ett grundläggande dilemma i den kommunala (och landstingskommunala) demokratin.

Å ena sidan håller kommunalpolitikerna genom målstyrnings- och beställar-utförarmodeller på att minska sitt inflytande över den kommunala verksamheten. Å andra sidan kan de inte hållas politiskt ansvariga för denna verksamhet, om de inte har ett visst mått av inflytande över politiken. I detta dilemma ligger en viktig orsak till försvagningen av den kommunala politikerrollen. (Pierre 1995, s. 108)

Flera forskare som deltagit i utvärderingarna av BUM-landsting drar liknande slutsatser. Samtidigt framförs att modellen har potential, men förutsättningarna att lyckas med att stärka demokratin genom BUM bedöms trots allt inte som särskilt goda.

Örebroforskarna pekar på flera problem med BUM utifrån ett demokratiskt perspektiv. Om den politiska styrningen endast skall innefatta målformulering och kontraktsslutande handlar det om en politisk reträtt, menar man. Saknas möjligheter för politisk utvärdering av verksamheten blir det politiska ansvaret enbart ett *ansvar utan makt*. (Montin – Olsson 1994, s. 61)

Även Petersson pekar på problemen med BUM. I Gävleborg lyckades man relativt väl med att skapa en ny politikerroll som var mer medborgarinriktad. Samtidigt innebar den nya organisationen att *kontaktarna med verksamheten "skars av"* i och med att hälso- och sjukvårdsnämnden inte hade något ansvar för verksamheten. Den demokratiska styrningskedjan bröts därmed. Politikerna regerade utan att styra. Kontroll och utvärdering är också svårare i ett system med

beställare och utförare, konstaterar Petersson. Ett demokratiskt system bygger i grunden på en organisation med en sammanhållen styrningskedja och att kombinera detta med ett marknadsanalogt system verkar vara förenat med stora svårigheter. Politikernas möjligheter att utöva ett *totalansvar* är starkt begränsade när utvärderingssystemet inte fungerar tillfredsställande. Ett politiskt systems legitimitet är nära sammankopplat med ett vitt ansvarsbegrepp. Ett marknadsanalogt system, där politikerna inte har något totalansvar, riskerar därför att få *negativa konsekvenser för systemets legitimitet*. (Petersson, H. 1998, s. 112f.)

I en kort jämförande studie av fyra BUM-landsting konstaterades avslutningsvis att *landstingens beställarpolitiker ofta hamnar på mellanhand*. Krasst sett går medborgarna dit de själva vill och för utförarna/vårdproducenterna är det bättre att försöka locka den enskilde direkt utan att gå via landstingspolitikerna. De riktigt stora strukturella besluten tas dessutom av riksdagen. (Bergman 1993³¹)

Örebroforskarna menar att osäkerheten kring de politisk-demokratiska aspekterna i förändringsarbetet delvis kan tillskrivas den starka fokuseringen på kostnadskontroll. I flera fall menar de att *synen på demokrati och den politiska rollen blivit en konsekvens av ekonomiska vägval*. Förändringsarbetets politiska aspekter har ibland kommit lite i skymundan. Osäkerheten spädades också på av att flera landsting inte intog en entydig position till de politiska aspekterna av förändringsarbetet. (Montin – Olsson 1994, s. 89f.)

Vidare menar örebroforskarna att diskussioner om hur besparings- och prioriteringspolitiken skall få en god demokratisk förankring ibland har saknats. Bohuslän och Västmanland var tydliga exempel på detta. *Betoningen har legat på att effektivisera verksamheten – mer vård för pengarna, medan debatt om vilka direkta prioriteringar – vem som får vad, inte förekommit i särskit stor omfattning*. De organisationsförändringar (BUM) som genomförts har många gånger också inneburit att politikernas möjligheter att göra direkta prioriteringar begränsats. I BUM skall styrningen ske genom kontrakt, och detta medför att de tillfällen som finns att påverka verksamheten blir tidsmässigt starkt begränsade. Verksamheten skall ju ha handlingsfrihet under gällande kontraktstid. I denna typ av organisation snävas politikerrollen ibland in så mycket att det ger intryck av att politikerna uppfattas som en del av (kostnads)problemet snarare än som viktiga aktörer för att utveckla verksamheten och lösa problem. (Montin – Olsson 1994, s. 92f.)

För att just lyfta fram demokratiaspekterna vid förändringsarbete, förordade exempelvis kommunala förnyelsekommittén att demokratiska konsekvensanalyser bör föregå omfattande organisationsföränd-

³¹ Landstingen i Bohuslän, Dalarna, Stockholm och Sörmland ingick.

ringar. Hur organisationsförändringarna påverkar olika medborgar-, brukar-, förenings- och politikergruppers inflytande och ansvar, bör framgå av analyserna. (SOU 1996:169, s. 133) Sådana har ofta saknats i det förändringsarbete som pågått i landstingen.

Samtidigt som de såg problem i de organisatoriska förändringar som skett, pekade örebroforskarna på tecken på en stärkt demokrati i förändringsarbetet. Förbättrad kontakt och ökad dialog mellan väljare och valda är ofta en av tankarna bakom förändringarna. En utvecklad politisk dialog kan leda till att politikernas kunskaper om medborgarnas behov och önskemål blir bättre. Avsikten med att skapa fullmäktigeutskott och lokala nämnder har bland annat varit att stärka legitimiteten genom att utveckla bättre kontakter med medborgarna. 1994 ansågs erfarenheterna vara alltför begränsade för att dra några mer långtgående slutsatser, men allmänt ansåg forskarna att förutsättningarna för en utveckling mot en stärkt demokrati var dåliga. Traditionen av en snabb demokrati (med förankring i efterhand) sågs som alltför dominerande. Dessutom ansågs landstingspolitikernas anonyma roll och det rådande läget med kraftiga besparingskrav, vara problematiska när det gällde att få till stånd en utvecklad dialog mellan väljare och valda. (Montin – Olsson 1994, s. 93ff.)

Utvärderingarna visar att BUM:s effekt på politikerrollen på intet sätt är entydig. Vid utvärderingen av Sörmlandsmodellen ställdes i enkäterna en öppen fråga om i vilken mån politikerna ansåg att syftena med reformen (effektivitet, demokrati och valfrihet) kunnat tillgodoses bättre i den gamla modellen. Av de 40 procent som besvarade frågan, svarade en mycket stor andel nej. De som nämnde något som kunnat uppfyllas bättre i den tidigare organisationen, pekade dock ofta ut demokratisyftet (17 procent) som det som kunnat tillgodoses bättre i den gamla organisationen. (Petersson, H. 1994, s. 33)

Att allmänhet och media inte har varit villiga att frikänna de förtroendevalda från driftsansvaret, ledde under 1990-talets mitt till en omorientering. På flera håll inrättades även politiska utförarstyrelser. Dessa syftade till att säkerställa den politiska insynen och det politiska inflytandet över hela verksamheten. (Olsson 1995, s. 60f, s. 68) De utvärderingar som gjorts är dock av tidigare datum, och har således inte granskat hur införandet av politiska utförarstyrelser fungerat.

En uppdelning där det även finns politiker på utförarsidan är emellertid inte heller problemfri ur demokratisk synvinkel. En uppdelning på beställar- och utförarpolitiker kan göra det omöjligt för medborgarna att få en sammanvägd bild. Ansvariga politiker blir dels företrädare för respektive parti, men dessutom antingen företrädare för konsument- eller producentintressen. (Dahlgren 1994, s. 207)

Valfriheten för patienterna kan vara ytterligare ett problem för politikerna. Att patienterna i Stockholm hade fått större möjligheter att välja vårdgivare konstaterades i utvärderingarna. Valfriheten hade dock bara utnyttjats i begränsad omfattning. Närhetsprincipen dominerade. Utvärderarna pekade ändå på att patientens valfrihet egentligen står i motsättning till beställarorganisationens krav på att styra vårdströmarna. (Dahlström – Ramström 1995, s. 50, s. 54f.)

Det finns så att säga ett grundläggande dilemma mellan beställarnas (politikernas) ansvar och individens valfrihet. Möjligheterna att styra utifrån ett övergripande perspektiv genom att väga samman alla medborgares behov, kan komma i konflikt med patienternas rätt att välja läkare och vårdgivare. Den praktiska lösningen har ofta blivit att *individens valfrihet ges företräde samtidigt som beställarens ansvar för att styra ligger kvar*. (Bergman 1993, s. 19f.) Den politiska styrningen löper risken att undermineras genom detta. Det bör också sägas att dilemmat politisk styrning – individuell valfrihet är aktuellt även utan BUM.

Sammanfattningsvis framhålls ofta att BUM löper risken att försvaga den politiska rollen och därmed legitimiteten för den politiska styrningen. Detta samtidigt som modellen utlovar ökad demokrati genom förbättrade kontakter med medborgarna. Sådana förbättringar kan dock sällan entydigt påvisas. Det finns emellertid i vissa fall tecken på att de förtroendevaldas kontakter med medborgarna ökat och att politikerna stärkts i sin roll som företrädare. Det har också påpekats att BUM har potential om den fungerar som det är tänkt. Förutsättningarna att nå målen bedöms dock inte som särskilt goda. Även valfriheten kan medföra att den politiska rollen försvagas.

5.4 Slutsatser

Medborgarnas allmänna inställning till sjukvården framkommer ganska tydligt i ett flertal undersökningar. Mer osäkert är vilken betydelse de förändrade styrformerna haft för medborgarnas inflytande. De slutsatser som kan dras utifrån denna översikt är tämligen vaga. Antydningar till förändringar finns, men de är oftast varken särskilt klara eller entydligt kopplade till de förändrade styrformerna. Forskningen kring såväl valfrihetens effekter på inflytandet över hälso- och sjukvården som vad BUM och andra organisationsförändringar lett till, är mycket begränsad.

1. Stödet för en offentligt finansierad och producerad sjukvård är starkt bland medborgarna. Många motsätter sig ökad privatisering. Sam-

tidigt finns en förhållandevis utbredd tro på att ökad andel privata vårdgivare skulle innebära att den egna vården blev bättre. På det stora hela är medborgarna nöjda med sjukvården. En undersökning tyder på att missnöjet ligger kvar på samma (låga) nivå som i slutet av 1980-talet. En annan undersökning visar dock tecken på att missnöjet har ökat något de senaste åren. Sjukvården är den samhällsinstitution som åtnjuter störst förtroende från medborgarnas sida. Misstron mot landstingspolitikerna är dock ganska utbredd när det gäller deras allmänna verksamhet/aktivitet. Samtidigt finns en relativt god tilltro till politikernas roll för utvecklingen av hälso- och sjukvården.

2. Medborgarnas intresse av att påverka hälso- och sjukvården är betydligt större än aktiviteten. Den tysta vanmakten är utbredd, och har t.o.m. ökat något de senaste tio åren. Valfriheten, rätten att välja (eller att välja bort) läkare och vårdgivare, har samtidigt haft stor betydelse för hur medborgarna upplever möjligheterna att påverka. En tydlig förbättring har skett sedan 1980-talets slut. Det finns dock stora regionala skillnader när det gäller möjligheterna att utnyttja valfriheten. Det är också tänkbart att det framförallt är starka samhällsgrupper – de grupper som annars är mest aktiva för att påverka sin situation, som begagnar sig av möjligheterna att välja. Patienternas möjligheter att välja kan komma i konflikt med politikernas möjlighet att styra. Lagstiftningen innehåller få patienträttigheter. Nyligen har vissa förändringar genomförts, bland annat har valfriheten förtydligats, för att stärka patientens ställning. Medborgarnas intresse för hälso- och sjukvårdspolitik verkar ha ökat under 1990-talet.
3. Politikernas kunskaper om befolkningens behov och önskemål verkar vara mindre goda. BUM har i allmänhet inte medfört någon förbättring när det gäller att kartlägga medborgarnas behov. 1990-talets besparingskrav har fört med sig tydligare krav på prioriteringar från politikernas sida. De begrepp som skall genomsyra prioriteringsarbetet, rättvisa, jämlikhet, behov och liknande, är emellertid oklart definierade.
4. I landstingen har den demokratiska förankringen under de senaste åren ibland varit eftersatt, något som i vissa fall medfört legitimitetsproblem och medborgerliga protestaktioner. Uppkomsten av sjukvårdspartier är ett tydligt tecken på att medborgarna inte varit helt nöjda med de traditionella politiska partiernas förmåga att företräda dem. Lojalitetskonflikter förekommer ofta i landstingspoliti-

ken. Starka lokala lojaliteter har på vissa håll exempelvis varit problematiska när det gäller att få igenom besparingsförslag. Särskilt tydligt har de lokala lojaliteterna framkommit i starkt decentraliserade landsting. De förtroendevalda anser i allmänhet att de ganska ofta har kontakter med medborgarna. Medborgarna anger å sin sida att kontakterna är förhållandevis begränsade. Huruvida BUM har haft positiv betydelse för kontakterna mellan politiker och medborgare är oklart. Vissa tecken finns på att kontakterna har ökat, men dessa är inte entydiga. Införandet av nya organisationsformer har ibland gått medborgarna obemärkt förbi.

5. Över lag har politikerna i BUM-landstingen upplevt att maktförskjutningar, till förmån för verksamhetsföreträdare och tjänstemän, skett sedan modellen infördes. Detta kan dock vara en generell trend, oberoende av styrform, då liknande tendenser även kan ses i landsting som inte infört BUM. I vissa fall finns samtidigt tecken på att politikerna fått större inflytande i och med organisationsförändringarna. En maktförskjutning inom politikerkåren, till förmån för heltidspolitikerna, har också ägt rum. Ökad effektivitet har varit det mest framträdande motivet bakom införandet av BUM. I de flesta fall har emellertid även en målsättning om stärkt demokrati (genom en renodling av politikerrollen) nämnts som motiv till förändringarna. Flera utvärderingar visar att BUM haft små eller inga effekter alls när det gäller att stärka demokratin. På några håll finns dock vissa tecken på en demokratisk förstärkning, exempelvis utökade kontakter mellan politiker och medborgare.
6. Flera har påpekat att BUM istället för att stärka politikerrollen, riskerar att försvaga den. Politikerna behåller ansvaret men förlorar makten, de regerar utan att styra. Möjligheterna att utöva ett totalansvar saknas i BUM och det finns därför en risk att politikernas legitimitet försvagas genom modellen. Modellen har också bedömts ha visst potential att stärka demokratin, men förutsättningarna har ansetts vara dåliga.

När det gäller de nya *styrformerna* kan man sammanfattningsvis säga att valfriheten inneburit en förstärkning av medborgarnas upplevda möjligheter att utöva inflytande i rollen som patienter. Valfriheten kan samtidigt försvåra möjligheterna till politisk styrning och riskerar i så fall att försvaga den representativa demokratin. Organisationsförändringar i landstingen, (t.ex. införandet av BUM) verkar ha haft liten eller ingen positiv effekt på demokratin och medborgarnas möjligheter att påverka. BUM kan också få negativa konsekvenser för den politiska

legitimiteten. De förtroendevalda har i båda fallen gett bort makt (till medborgarna då de är patienter respektive till vårproducenterna), medan de behållit ansvaret.

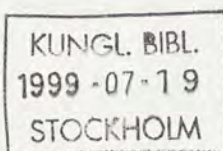
Referenser

- Andersson, Ronny (1997), *Medborgarna, politikerna och sjukvården. En studie av attityder och demokrati*. Lund: Lund political studies 98. Lund.
- Anell, Anders – Rosén, Per (1995), *Valfrihet i vården. En empirisk undersökning av preferenser och vårdpersonal*. IHE Arbetsrapport 1995:4. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Bengtsson, Ulla – Nilsson, Lennart (1995), *Nu utvärderar vi Bohusmodellen. Politikerna och Bohusmodellen*. Arbetsrapport nr 17, Slutrapport från delprojektet Politikerrollen. Göteborg: Bohuslandstinget.
- Bergman, Sven-Eric (1993), *Likt och olikt. En jämförande studie av fyra landstingsmodeller*. Spri-rapport 351. Stockholm: Spri.
- Bergman, Sven-Eric – Dahlbäck, Ulla (1995), *Att beställa hälso- och sjukvård. Erfarenheter från Landsting med beställarstyrning*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Borgenhammar, Edgar – Fallberg, Lars H: (1997), *Våga vara vårdkonsument. Vägar till medvetenhet*. Stockholm: SNS Förlag.
- Culyer, A.J. (1992), "Att reformera sjukvården: ramar för den svenska genomgången", i Culyer A.J: m.fl. *Svensk sjukvård bäst i världen*. Stockholm: SNS Förlag.
- Culyer, A.J. m.fl. (1997), *Svensk sjukvård granskas på nytt*. Occasional Paper Nr 78. Stockholm: SNS Förlag.
- Dahlgren, Göran (1994), *Framtidens sjukvårdsmarknader. Vinnare och förlorare*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlström, Anita – Ramström, Dick (1995), *Stockholmsmodellen. Effekter Problem Vägval*. Spri-rapport 398. Stockholm: Spri.
- Eriksen, Erik Oddvar (1998), "Velferdsstat og demokrati" i *Demokratins räckvidd*. Demokratiutredningens skrift nr 1. SOU 1998:55. Stockholm: Fritzes.
- Fallberg, L. H: – Eriksson, A, – Bergvall, M-J, "Har patienten rätt? Kommentar till delbetänkandet från HSU 2000". *Läkartidningen*, volym, 94, nr 36, 1998.
- Gilljam, Mikael – Holmberg, Sören (1995), *Väljarnas val*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Graf von der Schulenberg, J.-Mattias (1992), "Att samtidigt vara effektiv, ha kostnadskontroll och leva upp till solidaritetens mål", i Culyer, A.J: m.fl., *Svensk sjukvård bäst i världen*. Stockholm: SNS Förlag.

- Holmberg, Sören – Weibull, Lennart (1997), "Förtroendets fall" i Holmberg – Weibull (red.), *Ett missnöjt folk*. SOM-rapport nr 18. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- Holmberg, Sören – Weibull, Lennart (1998), "Förskingrat förtroende" i Holmberg – Weibull (red.), *Opinionssamhället*. SOM-rapport nr 20. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- Hälso- och sjukvård 98 – svenska folkets erfarenheter och uppfattningar*, (1998). Underlag för preliminär redovisning den 23/4 av Landstingsbarometern. Stockholm: Landstingsförbundet. Stencil.
- Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1997* (1997). Sveriges officiella statistik. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Kolam, Kerstin – Sawert, Yvonne (1996), *Förändrade styrformer – Förddjupad demokrati. Slutrapport*. Umeå: Statsvetenskapliga institutionen, Umeå universitet. Stencil
- Kronvall, Kai – Johansson, Anders (1996), "Nya driftsformer i kommuner och landsting. Från 'god' kvalitet till 'rätt' kvalitet?" i SOU 1996:169, *Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting*. Bilaga V till slutbetänkandet av Kommunala förnyelsekommittén. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Landstingsbarometern 1994. Kunskaps och attitydstudie i 15 landsting*, (1994). Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsbarometern 1998. Riksundersökningen*, (1998). Stockholm: Eureka Marknadsfakta AB/Landstingsförbundet. Stencil.
- Leffler Marianne (1996), "Två steg fram – och ett tillbaka" i SOU 1996:169, *Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting*. Bilaga V till slutbetänkandet av Kommunala förnyelsekommittén. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Montin m.fl. (1993), *Radikala organisationsförändringar i kommuner och landsting*. SOU 1993:73, Rapport till Lokaldemokrati-kommittén. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Montin, Stig – Olsson, Jan (1994), *Demokrati och legitimitet i landstingen. Slutrapport från projektet Politikerrollen i landstingen*. Rapport 1994:2. Örebro: Novemus.
- Montin, Stig (1995), "Kommunala organisationsförändringar" i Lundquist, Lennart J. – Pierre, Jon (red.), *Kommunal förvaltningspolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Montin, Stig (1998), *Lokala demokratiexperiment – exempel och analyser*. Demokratiutredningen skrift nr. 9. SOU 1998:155. Stockholm: Fritzes.
- Möller, Tommy (1996), *Brukare och klienter i välfärdsstaten. Om missnöje och påverkansmöjligheter inom barn- och äldreomsorg*. Stockholm: Publica.

- Nilsson, Lennart (1998), "Opinionstrender och medieeffekter" i Holmberg, Sören – Weibull, Lennart (red.), *Opinionssamhället*. SOM-rapport nr 20. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- Olsson, Jörgen (1995), *Hur ska landstingen styras? 1995–1998. Beskrivning och analys av landstingens styrsystem*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Petersson, Harry (1987), *Landstingskommunal demokrati och förvaltning. En forskningsöversikt*. Stockholm: Civildepartementet.
- Petersson, Harry (1994), *Utvärdering av Sörmlandsmodellen*. Lund: Statsvetenskapliga institutionen; Lunds universitet. Stencil.
- Petersson, Harry (1998), *Styrsystem och demokrati. Demokratiaspekter på ett marknadsanalogt system i landstinget i Gävleborg*. Lund: Statsvetenskapliga institutionen, Lunds universitet.
- Petersson, Henry (1998), *Landstingsdemokrati. Hanteringen av demokrativärden i "hushållningsarbetet" i landstinget i Värmland (LiV) och "utvecklingsplan för ekonomisk balans" i landstinget i Dalarna (LD)*. Rapport 1998:1. Örebro: Novemus.
- Petersson, O – Westholm, A – Blomberg, G (1989), *Medborgarnas makt*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Petersson, Olof m.fl. (1997), *Demokratirådets rapport 1997. Demokrati över gränser*. Stockholm: SNS Förlag.
- Petersson, Olof m.fl. (1998), *Demokratirådets rapport 1998. Demokrati och medborgarskap*. Stockholm: SNS Förlag.
- Perre, Jon (1995), "Den kommunala politiken: Problem eller lösning?" i Lundqvist, Lennart J. - Pierre, Jon (red), *Kommunal förvaltningspolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Premfors, R, Sandqvist, J, Sanne, M (1994), *Demokrati i storstad. Stadsdelsnämnder i Stockholm*. Stockholm: Carlssons Förlag.
- Rosén, Birgit (1998), "Så vill patienterna påverka", i *Passiv patient eller krävande konsument?* Spri rapport 463. Stockholm: Spri.
- Rothstein, Bo (1994), *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS Förlag.
- Rothstein, Bo m.fl. (1995), *Demokratirådets rapport 1995. Demokrati som dialog*. Stockholm: SNS Förlag.
- Rynning, Elisabeth (1997), "Patientens rättsliga ställning – en problem-inventering" Bilaga 2 i SOU 1997:145, *Patienten har rätt*. Delbetänkande av HSU 2000. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- SOU 1990:44, *Demokrati och makt i Sverige*. Maktutredningens huvudrapport. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- SOU 1996:169, *Förnyelse av kommuner och landsting*. Slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén. Stockholm: Allmänna Förlaget.

- SOU 1997:154, *Patienten har rätt*. Delbetänkande av HSU 2000. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Svallfors, Stefan (1996), *Välfärdsstatens moraliska ekonomi*. Umeå: Boréa Bokförlag.
- van de Ven, Wynand P:M:M (1992), "Mot effektivare, mer avnämranpassad och bättre samordnad svensk sjukvård", i Culyer A:J: m.fl., *Svensk sjukvård bäst i världen*. Stockholm: SNS Förlag.
- Westin, Jan (1995), "Förändringar ur en klinikchefs perspektiv" i *Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Stockholm: Socialstyrelsen.



Statens offentliga utredningar 1999

Kronologisk förteckning

1. Nya förmånsrättsregler + Bilagor. Ju.
 2. Steriliseringsfrågan i Sverige 1935-1975. Ekonomisk ersättning. S.
 3. Yrkesfiskets konkurrenssituation. Jo.
 4. God sed i forskningen. U.
 5. Effektiva värme- och miljölösningar. N.
 6. Effektivare Totalförsvarsstöd i Östersjöområdet. Fö.
 7. Märk väl! Fi.
 8. Invandrarskap och medborgarskap. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 9. Att slakta ett får i Guds namn. Om religionsfrihet och demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 10. Rasism, nynazism och främlingskap. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 11. Bör demokratin avnationaliseras? Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 12. Elektronisk demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 13. Etik och demokratisk statskonst. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 14. Den framtida kommersiella lokalradion. Ku.
 15. Nytt system för prövning av hyres- och arrendemål. Ju.
 16. Ökad rättssäkerhet i asylärenden. UD.
 17. Garantipension och Bosättningsstillägg för personer födda år 1937 eller tidigare. S.
 18. Frågor till det industriella samhället. Ku.
 19. Artikel 7 i EG:s varumärkesdirektiv. Ändringar i varumärkeslagen. Ju.
 20. Sverige och judarnas tillgångar. UD.
 21. Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder. S.
 22. Den skyddade provinsen. En essä om demokratis värde och värdighet. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 23. Utveckling av mänskliga resurser i arbetslivet. Förslag till inriktning av nya mål 3 inom EG:s strukturfonder. N.
 24. EG:s strukturstöd. Ny organisation för de geografiskt avgränsade strukturfundsprogrammen. N.
 25. Samerna – ett ursprungsfolk i Sverige.
 26. Införsel av beskattade varor. Fi.
 27. Delta – Utredningen om deltidarbete, tillfälliga jobb och arbetslöshetsersättningen. N.
 28. Kontantmetod för småföretagare. Fi.
 29. Internationell konflikt hantering – att förbereda sig tillsammans. Fö.
 30. Yttrandefriheten och konkurrensen – Förslag till mediekoncentrationslag. m. m. Ku.
 31. Tillsyn över advokater m. m. Ju.
 32. Utvecklingssamarbete på rättsområdet. Ju.
 33. Bo tryggt – Beta! Särskilda boendeformer för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg. S.
 34. Svenskt medborgarskap. Ku.
 35. Fastighetsmäklarnämnden – effektivare tillsyn. Fi.
 36. Likvidation av aktiebolag. Ju.
 37. Underrättelsetjänsten – en översyn. Fö.
 38. Följleveranser i samband med export av krigsmateriel. UD.
 39. Vuxenutbildning för alla? Andra året med Kungskapslyftet. U.
 40. Demokratin i den offentliga sektorns förändring. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 41. Bevara dokumentärfilmens kulturarv. Åtgärdsförslag samt förslag till ett centrum för dokumentärfilm och en filmvårdscentral. Ku.
 42. Ny luftfartslag. N.
 43. Oberoende, ägande och tillsyn i revisionsverksamhet. Ju.
 44. Öppen elmarknad. N.
 45. Slutförvaring av kärnavfall. Kommunerna och platsvalsprocessen. M.
 46. Ökade socialbidrag. En studie om inkomster och socialbidrag åren 1990 till 1996. S.
 47. Mervärdesskatt – Frivillig skattskyldighet. Fi.
 48. Lära av Estonia. Den andra delrapporten och slutredovisning. N.
 49. Invandrare som företagare. Ku.
 50. Skydds jakt på varg. M.
 51. Smittskydd, samhälle och individ. Del A+B. S.
 52. Inkomstprövning av bostadstillägg till pensionärer. S.
 53. Ekonomisk brottslighet och sekretess. Ju.
 54. En ny tullag. Fi.
 55. Konvergens och förändring. Samordning av lagstiftningen för medie- och telesektorena. Ku.
 56. Globaliseringen och demokratin. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 57. Rikstrafiken – En ny myndighet. N.
 58. Löser juridiken demokratis problem? Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 59. Begränsad fastighetsskatt. Fi.
 60. Kundvänligare taxi. N.
 61. Brottsförebyggande arbete i landets kommuner. Ju.
 62. Bilen, miljön och säkerheten. Fi.
 63. Att lära och leda – En lärarutbildning för samverkan och utveckling. U.
 64. Representativ demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
-

Statens offentliga utredningar 1999

Kronologisk förteckning

65. Barnombudsmannen. Företrädare för barn och ungdomar. S.
66. God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården + 2 bilagor. S.
-

Statens offentliga utredningar 1999

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Nya förmånsrättsregler + Bilagor. [1]
Invandrarskap och medborgarskap. Demokratiutredningens skriftserie. [8]
Att slakta ett får i Guds namn. Om religionsfrihet och demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. [9]
Rasism, nynazism och främlingskap. Demokratiutredningens skriftserie. [10]
Bör demokratin avnationaliseras? Demokratiutredningens skriftserie. [11]
Elektronisk demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. [12]
Etik och demokratisk statskonst. Demokratiutredningens skriftserie. [13]
Nytt system för prövning av hyres- och arrendemål. [15]
Artikel 7 i EG:s varumärkesdirektiv. Ändringar i varumärkeslagen. [19]
Den skyddade provinsen. En essä om demokratins värde och värdighet. Demokratiutredningens skriftserie [22]
Tillsyn över advokater m. m. [31]
Utvecklingssamarbete på rättsområdet. [32]
Likvidation av aktiebolag. [36]
Demokratin i den offentliga sektorns förändring. Demokratiutredningens skriftserie. [40]
Oberoende, ägande och tillsyn i revisionsverksamhet. [43]
Ekonomisk brottslighet och sekretess. [53]
Globaliseringen och demokratin. Demokratiutredningens skriftserie. [56]
Lösar juridiken demokratins problem? Demokratiutredningens skriftserie. [58]
Brottsförebyggande arbete i landets kommuner. [61]
Representativ demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. [64]

Utrikesdepartementet

- Ökad rättssäkerhet i asylärenden. [16]
Sverige och judarnas tillgångar. [20]
Följleveranser i samband med export av krigsmateriel. [38]

Försvarsdepartementet

- Effektivare Totalförsvarstöd i Östersjöområdet. [6]
Internationell konflikthantering – att förbereda sig tillsammans. [29]
Underrättelsetjänsten – en översyn. [37]

Socialdepartementet

- Steriliseringsfrågan i Sverige 1935-1975. Ekonomisk ersättning. [2]

- Garantipension och Bosättningsstillägg för personer födda år 1937 eller tidigare. [17]
Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemoätandet av personer med funktionshinder. [21]
Bo tryggt – Betala rätt. Särskilda boendeformer för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg. [33]
Ökade socialbidrag. En studie om inkomster och socialbidrag åren 1990 till 1996. [46]
Smittskydd, samhälle och individ. Del A+B. [51]
Inkomstprövning av bostadstillägg till pensionärer. [52]
Barnombudsmannen. Företrädare för barn och ungdomar. [65]
God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården + 2 bilagor. [66]

Finansdepartementet

- Märk väl! [7]
Införsel av beskattade varor. [26]
Kontantmetod för småföretagare. [28]
Fastighetsmäklarnämnden – effektivare tillsyn. [35]
Mervärdesskatt – Frivillig skattskyldighet. [47]
En ny tullag. [54]
Begränsad fastighetsskatt. [59]
Bilen, miljön och säkerheten. [62]

Utbildningsdepartementet

- God sed i forskningen. [4]
Vuxenutbildning för alla? Andra året med Kunskapslyftet. [39]
Att lära och leda – En lärarutbildning för samverkan och utveckling. [63]

Jordbruksdepartementet

- Yrkesfiskets konkurrenssituation. [3]
Samerna – ett ursprungsfolk i Sverige. [25]

Kulturdepartementet

- Den framtida kommersiella lokalradion. [14]
Frågor till det industriella samhället. [18]
Yttrandefriheten och konkurrensen – Förslag till mediekoncentrationslag m. m. [30]
Svenskt medborgarskap. [34]
Bevara dokumentärfilmens kulturarv. Åtgärdsförslag samt förslag till ett centrum för dokumentärfilm och en filmvårdscentral. [41]
Invandrare som företagare. [49]
Konvergens och förändring. Samordning av lagstiftningen för medie- och telesektorerna. [55]
-

Statens offentliga utredningar 1999

Systematisk förteckning

Näringsdepartementet

Effektiva värme- och miljölösningar. [5]

Utveckling av mänskliga resurser i arbetslivet.

Förslag till inriktning av nya mål 3 inom EG:s struktur-fonder. [23]

EG:s strukturstöd. Ny organisation för de geografiskt avgränsade strukturfondsprogrammen. [24]

Delta – Utredningen om deltidsarbete, tillfälliga jobb och arbetslöshetsersättningen. [27]

Ny luftfartslag. [42]

Öppen elmarknad. [44]

Lära av Estonia. Den andra delrapporten och slutredovisning. [48]

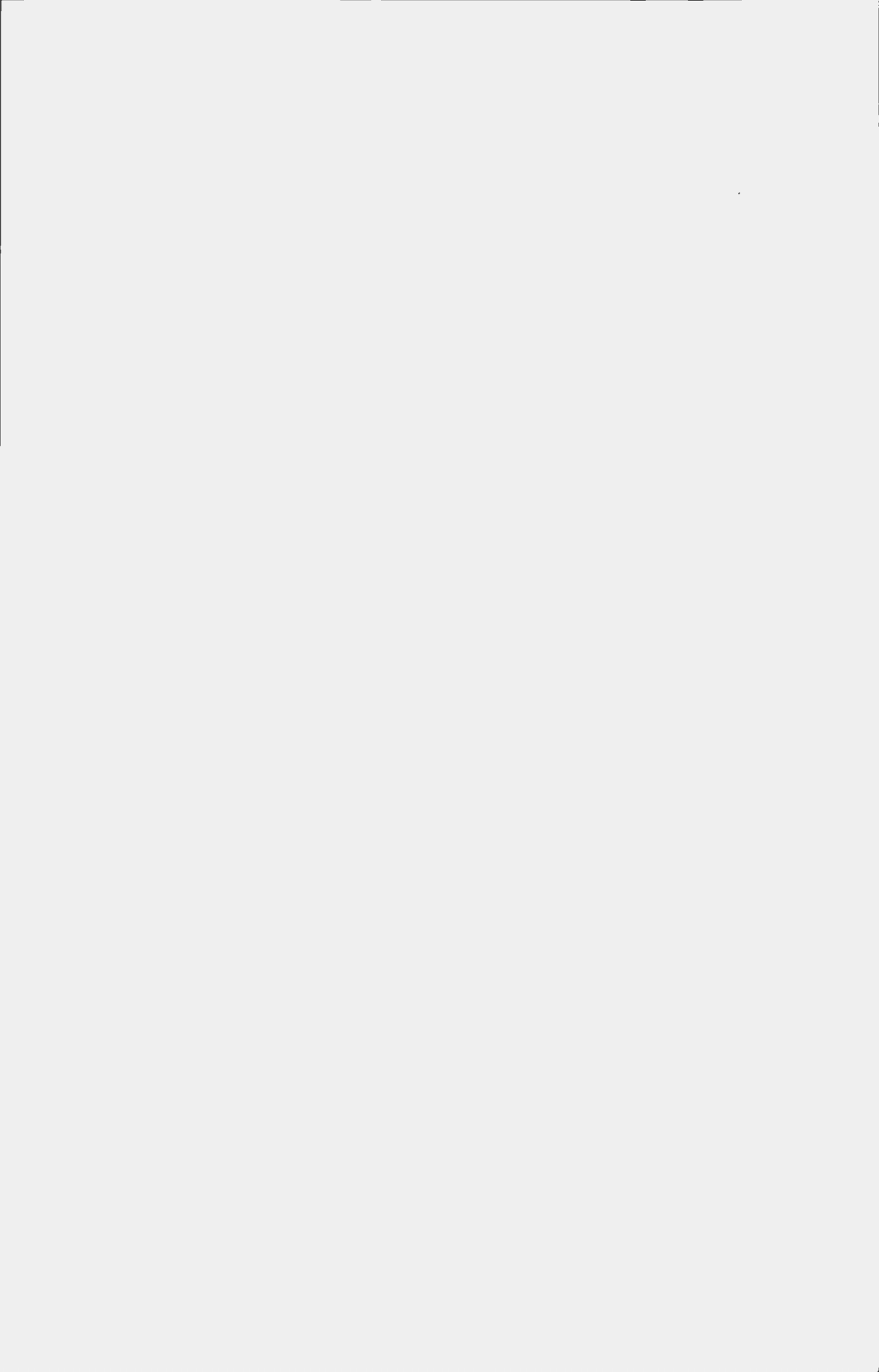
Rikstrafiken – En ny myndighet. [57]

Kundvänligare taxi. [60]

Miljödepartementet

Slutförvaring av kärnavfall. Kommunerna och platsvalsprocessen. [45]

Skydds jakt på varg. [50]





fakta info direkt

Tel 08-587 671 00. Fax 08-587 671 71.

Box 6430. 113 82 Stockholm.

order@faktainfo.se www.faktainfo.se