

The 18<sup>th</sup> Scandinavian Academy of Management Meeting: *Aarhus* 18<sup>th</sup> – 20<sup>th</sup> August, 2005.

**Track: Health sector management and organisation**

## **Tillfällig Omsorg**

**Tillfälliga anställningar och personaluthyrning i Svensk sjukvård**

2005-06-16

*Lars Walter, PhD.<sup>1</sup>*  
*and*  
*Ola Bergström, PhD.<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup>Department of Business Administration School of Economics and Commercial Law, University of Göteborg, Vasagatan 1 Box 610, SE - 405 30 Göteborg, Sweden e-mail: [lars.walter@mgmt.gu.se](mailto:lars.walter@mgmt.gu.se)

<sup>2</sup> Department of Business Administration School of Economics and Commercial Law University of Göteborg, Vasagatan 1 Box 610, SE - 405 30 Göteborg, Sweden e-mail: [ola.bergstrom@mgmt.gu.se](mailto:ola.bergstrom@mgmt.gu.se)

## **Abstract**

This paper considers recent contributions and debates regarding the use of contingent labour in the health care sector. Contingent employment is here defined as an employment relationship that may be terminated with minimal costs within a limited time, for example workers on limited duration contracts or hired through temporary work agencies. In Sweden the use of temporary workers in the health care sector has caused great turmoil in both public and academic debates. Drawing upon case study data collected in the Swedish health care sector, the paper challenges theoretical assumptions by revealing some of the ways that contingent labour was used by health care organizations. The case study examples, we argue, suggest that the reason for taking on contingent employment cannot be theoretically captured by viewing contingent employment simply as a way to achieve organizational flexibility or cost reduction. The finding that contingent labour was used in the health care sector as a way to enhance stability and to fence off labour shortage problematizes managerial and organizational approaches to the study of contingent employment. Most critically, we argue, that the particular nature of the health care service sector, its close relations to patients and importance of 24 hour service delivery, provides a need for further research of the causes and consequences of the use of contingent labour in the health care sector. This would, we argue, contribute to a better understanding of how the use of contingent labour is linked to the specific organizational and institutional conditions in the health care sector.

”Det är väldigt märklig. Det är konstigt att vi har tjänat pengar på det och år efter år fortsätter detta [inhyrning av arbetskraft till vården]. Det är ju ett slöseri med skattemedel! Det är ett slöseri med personella resurser internt. Det är inte klokt egentligen! Det finns dom som förmedlas tillbaks till sin egen verksamhet.”

[Fackföreningsrepresentant, vårdförbundet]

## 1. Inledning

Användningen av tillfällig arbetskraft, d v s visstidsanställd och inhyrd arbetskraft har ökat kraftigt i Sverige under 1990-talet. Mellan 1995 och 2002 har antalet tillfälligt anställda i Sverige ökat från omkring 456 000 till över 591 000. Det innebär en ökning med 29 procent. Andelen tillfälligt anställda i förhållande till anställda med tillsvidare anställningar har ökat från omkring 10 procent 1990 till 16 procent 2003 (Bergström, 2003). Parallellt med denna utveckling har en bemanningsindustri vuxit fram vars viktigaste tjänst är att tillhandahålla personal för uthyrning, (Håkansson & Isidorsson, 2003; Belagh & Isaksson, 1999, Storrie, 2003). Antalet bemanningsföretagsanställda ökade från i princip noll 1990 till över 40.000 personer 2002, en ökning som gjordes möjlig av avregleringen av arbetsförmedlingsmonopolet 1993. Sammantaget pekar det en utveckling mot att allt fler människor på arbetsmarknaden är mer eller mindre löst kopplade till den arbetsplats där de arbetar. Liknande utveckling har förekommit i andra Europeiska länder. Internationella jämförelser leder ibland forskare och debattörer till att betrakta användningen av tillfällig arbetskraft som en del av en internationell trend mot en ökad internationalisering, globalisering, osäkerhet och flexibilisering av arbetslivet. Våra jämförelser av användningen av tillfällig arbetskraft visar däremot att nationella särdrag (lagstiftning, institutionella förhållanden, relationer mellan arbetsmarknadens parter, industrisammansättning, traditioner, arbetslöshet, och även historiska förhållanden), spelar stor roll för förståelsen av utvecklingen av användningen av tillfällig arbetskraft i ett land (se Bergström, 2003; Bergström & Storrie, 2003).

Tidigare studier visar att den offentliga sektorn är den sektor i den svenska ekonomin där användningen av tillfällig arbetskraft är som mest intensiv (Storrie, 2003; Bergström, 2003). Inom den offentliga sektorn är det främst sjukvården, vid sidan om kommunal verksamhet, såsom utbildning och offentlig administration, som har högst andel tillfälligt anställda (Bergström, 2003). Användningen av tillfällig arbetskraft inom sjukvården kan betraktas som institutionaliserad. Den vanligaste formen av tillfälliga anställningar är vikariat och behovsanställningar (Storrie, 2003). Vikariatsformen finns framför allt inom vård, omsorg och social sektor (Aronsson, 2000). I mitten av 1990-talet började emellertid tillfällig arbetskraft via bemanningsföretag anlitas i allt större utsträckning. Användningen av inhyrd arbetskraft, dvs. arbetskraft som förmedlas via bemanningsföretag fick stor uppmärksamhet i offentlig debatt. Det gäller inte enbart inhyrningen av sjuksköterskor genom bemanningsföretag utan också läkare och annan högre utbildad arbetskraft (Walter, 2002; Aronescu & Bergström et al, 2003). Mycket av den offentliga debatten har berört kostnads- och lönenivåer för inhyrd arbetskraft i förhållande fast anställda. I debatten diskuterades det moraliska i att använda skattemedel till att hyra in sjuksköterskor och läkare, om det verkligen var rimligt att betala inhyrda sköterskor mer än den fast anställda personalen och om sådana otrygga anställningsformer skulle accepteras inom offentlig sektor. Paradoxalt nog innebar arbetet som inhyrd i viss mening bättre anställningsvillkor än vad som var fallet för de sjuksköterskor som redan var anställda inom sjukvården, både visstidsanställda och tillsvidare anställda. Samtidigt finns mycket litet kunskap om effekterna av tillfälliga anställningar och personaluthyrning på områden, såsom organiseringen av vård- och omsorgsarbete, arbetsmiljöaspekter och vårdkvalitet. Det finns därför anledning att fördjupa förståelsen för konsekvenserna av användningen av tillfälliga anställningar inom sjukvården.

I det här pappret diskuteras hur användningen av inhyrd arbetskraft inom sjukvården förändrats under 1990-talet genom en fallstudie av hur användningen av tillfällig arbetskraft organiseras i ett sjukhus, närmare bestämt ett regionsjukhus i västra Sverige. Sjukhuset hade under perioden omkring 800 vårdplatser och drygt 4700 anställda, varav omkring 400 tillfälligt anställda. Fallstudien visar hur förutsättningarna för att bemanna verksamheten förändras över tid. Åtgärder som syftar till att effektivisera vården, förbättra kvaliteten och skapa bättre förutsättningar för de anställda innebar att möjligheterna för sjukvårdsledningen att bemanna

verksamheten med fast anställd personal försvårades. Exemplet visar hur olika bemanningslösningar efterträdde varandra som en följd av ständigt förändrade förutsättningar.

Dessutom kan fallet ses som ett exempel på hur förutsättningarna för användning av tillfällig arbetskraft skiljer sig åt mellan olika sektorer. Förklaringar om ökningen av tillfällig arbetskraft baseras främst på studier av privat verksamhet. Gemensamt för dessa är att de förklarar ökningen av tillfällig arbetskraft som en konsekvens av anpassning av produktionen i förhållande till förändringar i företagens omgivning. Inom sjukvården finns betydande svårigheter med att försöka anpassa "produktionen" efter tillgången på arbetskraft. Människor som är sjuka behöver vård och omsorg oavsett personalfrånvaro eller bemanningsproblem. För det andra finns en relativt sett "hög" strukturell frånvaro<sup>3</sup>. För det tredje är sjukvården relationsintensiv. Patientrelationen har en central plats inom all sjukvård. Den utgör det övergripande syftet som motiverar verksamhetens existens och är en viktig del av sjukvårdens olika personalgruppers professionella identitet. Inom sjukvården gäller således förutsättningar som inte passar in i den generella bilden av att användningen av tillfällig arbetskraft drivs av ökad globalisering, ökad konkurrens och behov av flexibilitet.

Pappret är indelat i fyra delar. Först redogör vi för generella förutsättningar i den svenska sjukvården, framförallt med avseende på sjukvårdens ekonomiska kris. Sedan redogör vi för hur sjukvårdens organisering förändrats under 1990-talet. Efter det analyseras i detalj hur förändringarna av sjukvårdens organisering får konsekvenser för bemanning av personal vid ett region sjukhus i västra Sverige. Slutligen sammanfattas studiens slutsatser, med avseende på hur användningen av tillfällig arbetskraft institutionaliseras och de specifika förutsättningar som gäller inom sjukvårdssektorn.

### ***Tillfällig arbetskraft och organisering av arbete***

Den ökade användningen av tillfällig arbetskraft har diskuterats livligt den senaste tiden. En vanlig utgångspunkt för studier om tillfälligt arbete är att den ökade användningen är orsakad av framväxten av nya sätt att organisera arbete och att dessa förändringar genomförs för att bättre anpassa verksamheten till ökad extern konkurrens. Ur detta perspektiv är användningen av

---

<sup>3</sup> Anledningen till den höga frånvaron är svår att urskilja. Delvis beror den på att en hög andel av personalen är kvinnor, med mer relativt högre tillfällig frånvaro i form av föräldraledighet och vård av barn. Ett annat skäl kan vara att man inom sjukvården ställer höga krav på att de anställda inte går till jobbet med mindre infektioner, på grund av risken att sprida smitta till patienter och medarbetare.

tillfälligt arbete ett resultat av organisatoriska förändringar som implementerats i syfte att uppnå specifika effekter och en konsekvens av nya organisatoriska idéer: exempelvis flexibel specialisering (Piore and Sabel, 1984) eller vad Atkinson beskriver som (1984) "the flexible firm". Att organisationer använder sig av fler tillfälligt anställda, i högre grad använder sig av inhyrd personal och i allt större utsträckning väljer att lägga ut verksamheter på entreprenad som tidigare utförts i intern i den egna organisationen (outsourcing) beskrivs som resultat av en övergripande strukturell förändring, något som Capelli (1999) beskriver som en utveckling mot mer marknadsbaserade anställningsrelationer. Pfeffer & Baron (1998) kallar detta "externalisering" av anställningsrelationer. Utifrån ett sådant perspektiv förklaras ökningen av tillfälliga arbeten som ett resultat av spridningen och tillämnig av idéer kring "lean-produktion" och "core-pheriphery": ett exempel är Atkinson (1996) som menar att den utbredda användningen av tillfällig arbetskraft inom den brittiska metallindustrin är resultat av en utbredd tillämpning av "core-pheriphery" som organiseringsprincip. Aronsson (2000) argumenterar på ett liknande sätt när han beskriver den ökade användningen av tillfälligt arbete på den svenska arbetsmarknaden som ett resultat av introduktion av nya organisationsstrukturer och ideal.

Det finns en rad problem med en sådan utgångspunkt. För det första bortser man från den mänskliga agenten. Den ökade användningen blir istället ett resultat av macro-ekonomiska förändringar, så som ökad globalisering och ökad konkurrens. Samtidigt består organisationer av människor och deras förmåga, eller oförmåga, att uppfatta och agera på vad de uppfattar som skiftande förutsättningar i omgivningen, avgör hur verksamheter organiseras. Individer uppfattar och handlar olika, vilket leder till organisatorisk variation. Macro-ekonomiska förändringar behöver därför länkas till organisatoriska processer för att undvika risken för en alltför homogen och likriktad beskrivning den socio-ekonomiska utvecklingen (Barley & Kunda, 2001). Istället förslår Barley & Talbot (1997) att organisatoriska förändringar bör studeras som en institutionaliseringsprocess, genom att följa och tolka aktörernas handlingar.

Dessutom innebär ett sådant perspektiv en ensidig rationell förståelse av organisatorisk förändring. Det förutsätter att aktörer identifierar förändringar i omvärlden, beslutar sig för att utveckla en flexibel strategi och organisatorisk struktur, implementerar den nya struktur och som ett resultat ökas användningen av tillfälligt arbete som ett sätt att anpassa sig till förändrad efterfrågan på produkter. Problemet med ett sådant antagande är att det förutsätter att användningen av tillfälligt arbete är ett resultat av en genomtänkt strategi som framgångsrikt

implementerats i organisationen. Samtidigt bortser man från att organisatorisk förändring sällan är så linjär. Istället präglas organisatoriska förändringar av oförutsedda händelser, oväntade konsekvenser och överraskningar (Czarniawska & Jorges, 1996). Förändringar formas av tillfälligheter och vad som är möjligt i en viss situation eller sammanhang snarare än av kontrollerade, strategiska processer.

För det tredje utgår man från att användningen av tillfälligt arbete är kopplad till vissa specifika typer av organisatoriska förändringar, så som "core-periphery". Ett sådant antagande förutsätter samtidigt att, när organisatoriska ideal och idéer förändras och överges, så kommer också användningen av tillfälligt arbete att minska. Vi menar att ett sådant förhållningssätt innebär en alltför begränsad och ensidig syn på relationen mellan organisatorisk förändring och användning av tillfälligt arbete.

För det fjärde, eftersom det dominerande perspektivet fokuserar på användningen av tillfälligt arbete som en konsekvens av förändringar av hur organisationer väljer att organisera arbete, beaktas sällan den omvända situationen. Användningen av tillfälligt arbete får konsekvenser för hur arbetet organiseras. Användningen av tillfälligt arbete kan initiera förändringar av personaladministrativa system, belöningsystem och synen på karriär och karriärutveckling (Belous, 1989). Den ökande användningen innebär en ökad organisatorisk komplexitet, med flera typer av kontraktsarrangemang och metoder för styrning och kontroll över arbetet. Samtidigt kan användningen av personaluthyrningsföretag innebära att arbetsgivaransvar och rekryteringsarbete flyttas ut från kundorganisationen till personaluthyrningsföretaget.

Sammanfattningsvis menar vi att sambandet mellan användningen av tillfälligt arbete och organisering av arbetet är mer komplext än vad tidigare studier visat, att det är en relation av ömsesidigt beroende och där orsakssamband kan verka i båda riktningar, samtidigt och över tid. Med andra ord betraktar vi relationen mellan tillfälligt arbete och organisering som dynamisk, där orsaker och konsekvenser varierar och förändras över tid. Ett sådant perspektiv får viktiga empiriska, teoretiska och metodologiska konsekvenser. Vi menar vidare att ett sådant perspektiv är särskilt relevant vad gäller förståelsen av tillfälligt arbete inom offentlig verksamhet i allmänhet och sjukvården i synnerhet.

I nästa avsnitt redogör vi för generella förutsättningar i den svenska sjukvården, framförallt med avseende på sjukvårdens ekonomiska kris och hur sjukvårdens organisering förändrats under 1990-talet.

## 2. Bakgrund: Sjukvården – en sektor i kris

Den svenska hälso- och sjukvårdssektorn omfattar sjukvård som produceras av kommuner, landsting och privata sjukvårdsföretag. Antalet anställda i sektorn uppgick år 2000 till 420 000 personer, vilket motsvarar 12 procent av den arbetande befolkningen<sup>4</sup>. Den största producenten av sjukvård är landstingen.

Sedan inledningen av 1950-talet till slutet av 1980-talet har den svenska sjukvården utvecklats stabilt. Sektorn har haft en stadig ökning av resurser, samtidigt som man långsamt anpassat sig till den tekniska utvecklingen och ökad professionell specialisering. Under den senare delen av 1970-talet och inledningen av 1980-talet accelererade den tekniska utvecklingen. Nya metoder för medicinsk behandling skapade behov av ytterligare specialisering och snabb ökning av ytterligare resurser. I slutet av 1980 började de höga kostnaderna för sjukvården betraktas som ett problem. Argumentet som framhölls var att sjukvården använde allt för stor del av de offentliga utgifterna. När denna trend projicerades på framtiden skulle dessa kostnader vara omöjligt för samhället att bära på lång sikt.

Jämförelser med andra Europeiska länder och Nordamerika visar att Sverige använder mer sjukvårdsresurser (per innevånare) än andra länder. Som ett resultat av denna diskussion minskades de svenska sjukvårdsutgifterna i relation till BNP från 9,4 procent 1980 till 8,4 procent 1990. Under 1995 var sjukvårdsutgifternas andel av BNP nere i 7,7 procent (Arvidsson, 1997). Genom de drastiska minskningarna av sjukvårdsbudgeten bröt Sverige en internationell trend. I de flesta länder används större och större andel av BNP för sjukvårdsutgifter. Neddragningen innebar omfattande strukturella förändringar, som genomfördes under en relativt kort tidsperiod.

Ytterligare ett problem var att kostnaderna för sjukvården ökade snabbare än utfallet. Sjukvården ansågs lida av effektivitetsproblem. Problemen inom sjukvården ansågs inte enbart vara minskade resurser och ökade kostnader. Det förekom också ett ökat behov av vård, delvis beroende på utvecklingen av bättre diagnosmetoder och behandlingar. Den demografiska utvecklingen ansågs också spela en viktig roll. Den ökande livslängden och det minskade barnafödandet innebar en ökad andel äldre i befolkningen, en grupp som behöver mer sjukvård än genomsnittsbefolkningen (Arvidsson, 1997).

---

<sup>4</sup> Svenska kommunförbundet och landstingsförbundet, 2000

Under 1990-talet förändrades således den svenska sjukvården. Från att ha varit en växande sektor med ökade resurser varje år, beskrevs den nu som underfinansierad, ineffektiv och i djup kris. De ökande kostnaderna för att producera sjukvård, kombinerat med mindre resurser och ökande efterfrågan, ansågs ge anledning till strukturella förändringar av sektorn som helhet.

## ***Reformernas tid***

För att hantera de identifierade problemen initierades ett antal olika förändringar av sjukvårdens organisering och struktur (Lindberg, et.al., 2000). En av de mest omfattande reformerna innebar en decentralisering av delar av sjukvårdssektorn. Fram till och med 1992 organiserades större delen av sjukvårdssektorn av Landstinget. Efter 1992 flyttades huvudmannaskapet för delar av hälso- sjukvården från landstinget till kommunerna (Socialstyrelsen, 1998) t ex äldreomsorgen (1992) och psykiatrin (1995). Decentraliseringen genomfördes för att åstadkomma bättre lokal koordination mellan olika vårdenheter, tydligare ansvarsgränser och mer effektivt utnyttjande av resurser.

Reformerna öppnade också för privatisering av vissa vårdtjänster. Privatisering omfattade enbart vissa väl avgränsade vårdområden. Det innebar att vissa vårdsektorer konkurrensutsattes. Privata entreprenörer etablerade sig och konkurrerade med offentliga enheter om offentliga upphandlingar. Kontrakten avtalas normalt för ett antal år, vilket innebär att de privata aktörerna kunde investera i ett mer långsiktigt perspektiv (Arvidsson, 1997). Större delen av den producerade vården produceras och konsumeras däremot med utgångspunkt från offentliga resurser och produceras av offentliga organisationer (över 90 procent). Dessa förändringar innebar att landstinget inte längre var den enda arbetsgivaren inom sjukvårdssektorn. Det skapade möjligheter för anställda inom sjukvården att välja att arbeta för olika arbetsgivare, något som tidigare inte varit möjligt.

En annan förändring handlade om vårdens styrning och ledning. Traditionellt sett styrdes sjukvården genom centrala direktiv, regler och budgetstyrning. Den tidigare styrformen utgick från politiska beslut. Under 1990 talet infördes målstyrning och marknadsorienterade styrprinciper, så kallad beställar-utförar organisation (Bo Hallin, Hela havet stormar). De nya reformerna innebar att den politiska ledningen skulle definiera mål och tilldela resurser, medan utförandet delegerades till sjukvårdsledningen. Denna förändring genomfördes genom införandet av olika system för prissättning och utvärdering av resultat.

Förändringarna omfattade också sjukhusens ledningsorganisation. Genom chefsöverläkarreformen (1991) fick chefsöverläkarna ett samlat medicinskt och administrativt ledningsansvar. Från 1997 har ny reform trädit ikraft som innebär att det är verksamhetschefen och inte chefsöverläkaren som har administrativt ledningsansvar. Verksamhetschefen behöver inte vara läkare. Även sjuksköterskor skulle kunna ha ett chefskap. Dessutom centraliserades verksamheten genom att slå samman flera sjukvårdsenheter till färre men större enheter för att utvinna skalfördelar (Arvidsson, 1997).

Ett gemensamt drag för flera av dessa förändringar var att de baserades på idén om att offentligt finansierade organisationer saknar ”naturliga” incitament för att kontinuerligt öka effektiviteten och kvaliteten. Sjukvården försökte lösa sina problem genom att införa och anpassa modeller utvecklade och använda inom industriell produktion och den privata sektorn. Ett av de organisatoriska begrepp som fick stort inflytande för organisering av vården var inspirerat av ”lean production” (Lindberg, et.al., 2000). Även andra managementkoncept tillämpades för att rationalisera och utveckla verksamheten.

Sammanfattningsvis, den svenska sjukvårdssektorn genomgick omfattande förändringar under 1990-talet, samtidigt som resurserna minskade och antalet anställda reducerades. I följande avsnitt analyserar vi hur förändringarna av sjukvården tog sig uttryck vid ett region sjukhus i västra Sverige, framförallt med avseende på hur de sammanföll med användning av tillfällig arbetskraft. Men först en kort redogörelse för studiens utformning och empiriska grund.

### **3. Metod**

Pappret baseras på en fallstudie av användningen tillfälliga anställningar och personaluthyrning på ett regionsjukhus i västra Sverige. Data insamlingen genomfördes främst via ett antal semi-strukturerade djup intervjuer med totalt 22 av sjukhusets anställda. Av dessa arbetade fyra stycken direkt med personal frågor på olika nivåer, två arbetade med personalekonomi på ekonomi avdelningen, en var chefsläkare, två avdelningschefer och sammanlagt 13 sjuksköterskor som var och en representerade någon av följande kategorier; fast anställda, anställda på visstidskontrakt, anställda vid sjukhusets interna bemanningspool eller anställda på personaluthyrningsföretag. Vidare har olika typer av sekundärmaterial använts. Det är material som beskriver regionen och sjukvårdens organisering, inklusive finansiell information, personal- och bemanningsstatistik, policydokument och andra skrivna källor och information som

publiceras på regionens och sjukhusets webb-sidor. Varje intervju tog drygt en timme att genomföra. Flertalet av intervjuerna har transkriberats, kodats och analyserats. Intervjuer orienterades kring delvis olika teman beroende på vem som intervjuades. Intervjuer med personaladministrativa befattningshavare inriktades främst på frågor kring HR-policy, strategier, statistiks information och allmänna beskrivning av hur bemannings- och personal frågor utvecklats och förändrats över tid. De intervjuer som genomfördes med vårdpersonalen var mer fokuserade på deras dagliga aktiviteter och deras erfarenhet från, och syn på, olika typer av anställningsarrangemang och anställningsformer.

## 4. Studien resultat

Användning av tillfällig arbetskraft betraktas ofta som ett resultat av förändringar i omvärldens krav, t ex förändringar av kundernas preferenser, ökad osäkerhet på marknaden eller tillfällig ökning av produktionen beroende på svängningar i konjunkturer. Den svenska sjukvården har som tidigare nämnts karaktäriserats av omfattande förändringar sedan inledningen av 1990-talet. Men inom sjukvården handlar förändringarna, tillskillnad från verksamheter inom den privata sektorn, till stor del om förändrade krav i verksamheten som styrs av politiska beslut. Det studerade sjukhuset är inget undantag. Sjukhuset har sedan inledningen 1990-talet genomfört omfattande organisatoriska förändringar till följd av förändringar och reformer av sjukvården. Liksom i andra sjukhus följer användningen av visstidsanställda ett återkommande mönster som reproduceras genom det sätt som sjukhusets verksamhet organiseras. Under 1970-talet hanterade sjukhusets behovet av tillfällig personal genom centrala personalpools. Personalpoolen hade en grupp fast anställd personal som skickades ut till de olika avdelningarna när någon var frånvarande. Personalpoolerna kom sedermera att förändras. De fanns kvar men i minskad omfattning. Istället för att anställa fast personal som vikarierade på de olika avdelningarna bemannades personalpoolen med timanställd personal. Under vissa perioder försvann de helt

I det följande analyseras användningen av tillfällig arbetskraft förändrades sedan inledningen av 1990-talet. Analysen är indelad i tre delar. Först hur förändring av sjukvårdens organisering, framförallt förändrade krav på sjuksköterskors utbildning bidrog förändring av förutsättningarna att bemanna verksamheten. I det andra avsnittet analyseras hur sjukhusledningen experimenterade med olika bemanningslösningar, varav inhyrd arbetskraft var en. I det tredje

avsnittet analyseras hur användningen av inhyrd personal kom att etableras som en, om än ifrågasatt, lösning i den dagliga verksamheten i samband med omfattande förändringar av sjukhusets interna organisation.

#### **4.1 Balansering av externa krav**

I samband med decentralisering av verksamheten i slutet av 1980-talet integrerades vikarieresurserna i avdelningarna. Det innebar att varje avdelning fick tillstånd att överbemannas för att kunna täcka sina egna vakanser. Varje avdelning kunde få vad man kallade en ”ofinansierad tjänst”. Men denna lösning blev däremot relativt kortlivad.

”Till slut såg man att detta var en egen resurs. Kostnadsmässigt blev det inte speciellt effektivt.”(Personaladministratör på medicinkliniken)

I början av 1990-talet genomfördes omfattande budgetnedskärningar. Nedskärningarna omfattade både färre vårdplatser och färre antal anställda vid varje avdelning. En effekt av budgetnedskärningarna var omfattande personalminskningar. 1992 stoppades all nyrekrytering av tillsvidareanställd personal. Tanken var att låta personalminskningarna ske genom så kallad naturlig avgång. Några regelrätta uppsägningar skedde aldrig. En konsekvens av nedskärningarna var att internt slack reducerades, vilket gjorde avdelningen mer sårbar för tillfällig frånvaro, framförallt sjukfrånvaro. De personer som var övertaliga, främst undersköterskor, placerades i en särskild enhet – förvaltningspoolen, där de fördelades ut på olika vikariat eller kortare uppdrag i de olika enheterna.

Personalminskningarna påverkade de kvarvarande anställda inom sjukhuset och deras arbetsmiljö.<sup>5</sup> En följd av budgetnedskärningarna var att antalet patienter som behandlades minskade. Samtidigt var de patienter som behandlades i allmänhet sjukare och i behov av mer vård och omsorg än tidigare. Personalminskningen innebar också att de blev färre personer som arbetade på varje avdelning. Den mer slimmade bemanningen innebar således att arbetsbördan för den fast anställda personalen ökade.

En oavsedd effekt av nedskärningarna och rekryteringsstoppet var att sjukhuset begränsade sig till att enbart anställa personal via tillfälliga kontrakt. Sjuksköterskor som sökte anställning hade

---

<sup>5</sup> Jämförelse med nationell statistik visar att det största antalet personer med långtidssjukfrånvaro ironiskt nog befanns inom den offentliga sektorn och särskilt inom sjukvården. Det är främst bland kvinnor inom sjukvården som långtidssjukfrånvaro ökade under 1990-talet.

svårigheter att finna fast anställning. De enda tjänster som fanns tillgängliga var kortvariga vikariat, i många fall flera på varandra följande.

”Det var svårt för sjuksköterskorna att få fasta tjänster. Vikariat fick dom, ja. Dom fick vikariat på några månader och när vikariatet var på väg att ta slut, en vecka före, så kanske dom fick besked om att ”ja du får tre månader till.” För det är ju alltid så att vi ... det är ju ett kvinnligt yrke, övervägande kvinnor och man är hemma på gravledighet och man går utbildningar och sånt här så jobb har ju alltid funnits.” (Avdelningschef)

De osäkra arbetsvillkoren skapade frustration och negativa reaktioner bland de visstidsanställda sjuksköterskorna. Det var inte ovanligt att sjuksköterskor hoppade från den ena visstidsanställningen till den andra, år efter år, som en sjuksköterska beskrev situationen:

“Det var verkligen svårt att få en fast anställning. Det fanns många som mig, som hoppade från den ena visstidsanställningen till den andra. Det svåraste med att arbeta under sådana förhållanden, att alltid vara beroende av att få ett nytt tillfälligt kontrakt, var otryggheten och känslan av osäkerhet.” (Sjuksköterska anställd vid sjukhusets interna bemanningspool)

Kritiken riktades framförallt mot arbetsgivaren. Arbetsvillkoren betraktades som undermåliga och lönen var inte tillräckligt hög (i förhållande till utbildningsnivån och arbetsbelastningen). Budgetnedskärningarna och rekryteringsstoppet skapade en allt svårare situation för de tillfälligt anställda sjuksköterskorna, som en avdelningschef beskrev det:

” Man var oerhört ogin under den här tiden. Dom fick ju alltså i princip - ”Ja du kan få en 75% tjänst” - ”Ja men jag behöver jobba hundra procent”. - ”Du får sjuttiofem, var du glad för det!”.” (Avdelningschef)

Sjukhuset gjorde sig beroende av visstidsanställd och deltidsanställd personal för att ersätta frånvarande personal istället för att använda sig av befintlig personal. Användningen av visstidsanställd personal organiserades genom telefonlistor, genom vilka personalavdelningen kunde ringa in personer som var villiga att ställa upp under kortare perioder. Det omfattade sjuksköterskor som var mammalediga, studenter eller andra personer som fann det intressant att arbeta tillfälligt och med kort varsel. Användningen av denna bemanningslösning baserades på att det fanns personal tillgänglig som var villiga att ta de tillfälliga jobben. Men förutsättningarna för att få tag på personal förändrades.

## Förändring av kraven på sjuksköterskor

Under 1995 förändrade socialstyrelsen kompetenskraven för sjuksköterskor. Bakgrunden ansågs vara de högre kraven på hälso- och sjukvårdens kvalitet samt utvecklingen av nya och alternativa behandlingsformer. Samtidigt menade Socialstyrelsen att efterfrågan på vård och service ökar. Ökade krav skulle därmed ställas på arbetsgivaren att hålla ”sjuksköterskans och barnmorskans kompetens aktuell i förhållande till verksamhetens utveckling”.

”Denna utveckling ställer generellt sett högre krav på kompetens. Sjuksköterskorna kommer inte heller framgent att vara en homogen yrkesgrupp, utan kommer att ha mycket olika profiler. De högre kraven på kompetens hos sjuksköterskorna förutses följa två huvudlinjer; antingen mot ett bredare yrkeskunnande eller mot en specialisering. Väsentligt högre krav kommer att ställas på administrativt kunnande och ledningskompetens hos sjuksköterskor i ledande ställning.”(Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 1995:15)

För att bemöta de nya kraven och omformulerades befattningsbeskrivningarna för sjuksköterskor. Krav på legitimation var inget nytt inom sjuksköterskeyrket. Men kompetenskraven höjdes betydligt. Vårdförbundet var en pådrivande faktor i det här arbetet. En viktig anledning var att utveckla och stärka sjuksköterskornas professionella identitet, vilket också skulle göra det möjligt att kräva högre lön och bättre arbetsvillkor. Tanken var att tydligare definiera och begränsa de professionella funktioner och aktiviteter som sjuksköterskor skulle utföra. Denna utveckling innebar en mer strikt arbetsdelning med tydligare gränser mellan olika professionella grupper. Dessutom att sjuksköterskor skulle ta över arbetsuppgifter som tidigare utförts av andra professionella grupper. Ett exempel var den medicinska personal som arbetade med ambulanstransporter. Tidigare utfördes detta arbete av sjukvårdsbiträden, särskilt tränade för den här typen av arbete. Genom socialstyrelsens beslut överfördes dessa arbetsuppgifter till sjuksköterskor.

Sjuksköterskor och barnmorskor fick nu till uppgift att uppdatera sin formella kompetens eller behörighet. För vissa tjänster krävdes därutöver kursbevis eller motsvarande kompetensbevis över genomförd vidareutbildning. Förändringen innebar dessutom nya krav på utbildning och kompetensutveckling såväl inom sjukvården som vid universitet och högskolor. Våren 1996 examinerades och legitimerades de första sjuksköterskor som utbildats enligt den nya studieordningen. Kurser och utbildningsprogram, anordnades övergångsvis vid högskolorna som vidareutbildning av sjuksköterskor som genomgått 1982 års eller tidigare studieordning. Högskolorna förväntades successivt utveckla och tillhandahålla ett flexibelt utbud av kurser som sjuksköterskor och barnmorskor kunde genomgå i vidareutbildnings- eller fortbildningssyfte.

### Konsekvenser för verksamheten

De nya kraven på sjuksköterskeyrket fick flera oväntade konsekvenser. De nya kraven innebar att sjuksköterskearbetet skulle orienteras kring patientens perspektiv och behov. Den nya principen innebar också att sjuksköterskor skulle ta över arbetsuppgifter som traditionellt utfördes av vårdbiträden. Dessutom innebar det att den ansvariga sjuksköterskan skulle vara mer involverad i vårdarbetet än tidigare.

Ett resultat av reformen var därmed minskade möjligheter att utnyttja funktionell flexibilitet inom vårdenheterna, d v s att låta olika personer fylla i och utföra arbetsuppgifter vid behov. Ett resultat av de ökade kraven på utbildning och specialisering av sjuksköterskornas arbete var således behov av att anpassa bemanningen genom ”numerisk flexibilitet” snarare än ”funktionell”. Dessutom innebar de ökade utbildningskraven en högre efterfrågan på utbildade sjuksköterskor.

Utbildningen av sjuksköterskor ökade inte med samma takt som kraven förändrades. Ökade resurser till sjukhusen för att hantera utbildningsbehovet tillsattes, men samtidigt innebar kompetensutvecklingsinsatserna att personal togs ur verksamheten för att sitta på skolbänken istället för att utföra vård. De svåra arbetsvillkoren, de låga lönerna och de utvidgade utbildningskraven för legitimerade sjuksköterskor innebar dessutom att studenter fann det mindre attraktivt att inleda studier till att bli sjuksköterska, vilket begränsade utbudet av arbetskraft betydligt. Det innebar att den slentrianmässiga användningen av tillfällig arbetskraft blev allt svårare att upprätthålla. Socialstyrelsen upprättade också riktlinjer som förbjöd sjukhusen att anställa vikarier som inte uppfyllde kompetenskraven. Istället för att använda sjuksköterskor via visstidsanställningar ökades mängden övertid för den fast anställda personalen. I brist på alternativ ansågs ökat övertidsuttag vara den bästa lösningen.

“Du kan använda någon av de fast anställda för att lösa frånvaro. Detta är den bästa typen av tillfällig bemanning eftersom de känner till patienterna, arbetet och de människor de arbetar med.” (Avdelningschef)

Även om utökat övertidsuttag verkade vara den ”bästa” kortsiktiga lösningen, bidrog det till att skapa andra mer långsiktiga problem.

Ett problem med det ökade övertidsuttaget var att sjukfrånvaron bland sjuksköterskor ökade. Problemet var särskilt akut under sommarmånaderna.

”Bristen på sjuksköterskor ökar belastningen på de fastanställda sjuksköterskorna. För att lösa den kritiska situationen som uppstår i samband med sommaresemestern tvingas den ordinarie personalen arbeta mycket extra. En stor del av personalen tvingas att flytta sin semester till andra delar av året. Kostnaden för detta är betydande, detta av två skäl. För det första innebär det att personalen får extra övertidsersättning. För det andra blir personalen i allt i högre grad utbrända vilket resulterade i en allt högre andel långtidssjukskrivningar och att personalen i allt större utsträckning väljer att sluta, ofta för mindre påfrestande och bättre betalda arbeten hos personaluthyrningsföretag.”(Klinikchef )

Sjuksköterskor blev ”utbrända”. Sjukskrivningarna ökade dramatiskt, kanske framförallt beroende på den ökade arbetsbelastningen. I årsberättelsen för 1997 beskriver en verksamhetschef vid sjukhuset situationen enligt följande:

”Under perioden 1994-1997 har klinikens vårdplatsantal minskats. Kravet på kortare vårdtider har ökat. Detta har gjort att vårdflödes hastigheten och därmed tempot har ökat. Pressen på personalen har stegrats märkbart. Uttröttningsymtom kan nu ses i alla personalkategorier. Rädslan för att allvarliga medicinska misstag skall inträffa uttrycks ofta.” (Verksamhetschef, årsberättelse 1997)

I takt med den ökade sjukfrånvaron fanns behov av ytterligare tillfällig arbetskraft för att fylla vakanser. Verksamheten befann sig i en negativ spiral. De ökade kraven på utbildning innebar att det var svårare för sjuksköterskor som inte hade uppdaterat sin kompetens att få jobb.

Allt fler sjuksköterskor började ifrågasätta om de verkligen ville fortsätta att arbeta inom sjukvården. Flera lämnade sin anställning och tog mindre stressiga och krävande jobb. Andra lämnade sin anställning och tog uppdrag hos bemanningsföretag. Att arbeta tillfälligt vid sjukhuset var inte längre ett lika attraktivt alternativ. Men det fanns inga självklara arbetsgivare som ville anställa sjuksköterskor och de flesta ville stanna inom yrket. Det fanns få alternativa karriärvägar. Sjuksköterskorna var fångade i en utvecklingsfälla. Det var således ett flertal aspekter som skapade problem för sjukhusledningen att bemanna verksamheten.

## **4.2 Bemanninglösningar på försök**

Under våren 1997 koncentrerades krafterna för att arbeta med övertalighet bland undersköterskor och administrativ personal. I maj månad befarades att minst 120 undersköterskor skulle bli övertaliga. Men vinden vände. Redan under hösten konstaterades att någon reell övertalighet inte förelåg på sjukhuset. I stället kom signaler om personalbrist inom vissa yrkesområden, t ex IVA-sjuksköterskor, operationssjuksköterskor, nattpersonal och vissa specialistläkare. Bristituationen blev allvarligare och omfattade vid årsskiftet hela sjuksköterskegruppen. Även vikarier för läkarsekreterarna var svåra att finna på arbetsmarknaden. Svårigheten med att få tag på personal gjorde att personalpoolen fick ökad betydelse vid sjukhuset. Personalpoolen bemannades med visstidsanställd personal.

”Vid den här tidpunkten fanns något som kallades för medicinpoolen, en speciell personal pool som tillhandahöll tillfällig personal till sjukhusets medicin avdelningar. Jag arbetade gjorde (arbetade för medicinpoolen) under mer än två år och var hela tiden anställd på olika typer av visstidsanställningar.” (Personaladministratör på medicinkliniken)

Att arbeta vid personalpoolen ansågs vara mer osäkert än att ha fast anställning vid avdelningen. Men i praktiken var det normalt sett inte något problem för de anställda att få uppdrag. Istället var det en annan aspekt som ansågs mer problematisk. Att arbeta kontinuerligt som visstidsanställd innebar att individen aldrig hade någon kunskap om sitt framtida arbetsschema. ”Du vet aldrig när du förväntas arbeta.”, som en sjuksköterska uttryckte det. Den anställde förväntades vara

tillgänglig. Som sjuksköterska anställd vid personalpoolen, kunde du inte tacka nej till ett uppdrag (eller placering) och/eller undvika arbete på en särskild avdelning. Möjligheten att välja var begränsad. Individerna var beroende av de uppdrag som erbjöds av personalpoolen. Dessutom, eller kanske på grund av hur poolen var organiserad, ansågs arbetet vid personal poolen i allmänhet vara låg status och inte särskilt positivt.

## Förändring av personalpoolens organisering

Som en följd av personalpoolernas dåliga rykte och det ökade behovet av sjukvårdspersonal, förändrades personalpoolens organisering under 1997. Den här gången organiserades det som en egen administrativ enhet eller stab underordnad sjukhusledningen. Syftet var att förbättra organiseringen av tillfällig arbetskraft och att förse verksamheten med ”kvalificerade vikarier vid korttidsfrånvaro och därigenom minska användningen av timanställd personal.”

För att förbättra situationen anlätades fast personal till personalpoolen. Sjukhusledningen betraktade användningen av fast anställd personal i personalpoolerna som ett sätt att reducera kostnader. Det ansågs vara billigare att ha en fast grupp av anställda som placerades på tillfälliga uppdrag i de olika avdelningarna när någon var frånvarande. Personalpoolen koordinerade behovet av personal på de medicinska klinikerna och matcha dem med lämpliga personer.

De anställda vid personalpoolen omfattade flera olika professionella grupper, framförallt sjuksköterskor och undersköterskor. Tjugonio undersköterskor med lång och bred erfarenhet anställdes. Efter åtta veckors introduktionsutbildning började de i mitten av oktober att gå in som ersättare i verksamheten. Undersköterskorna i Bemanningsservice deltar aktivt i verksamheten genom att självständigt svara för planering och bokning av ersättare. Den förändrade personalpoolen med fast anställd personal blev däremot inte långlivad.

## Personalpoolen stängs

Under 1998 beslutade sjukhusledningen att stänga sjukhusets personalpool. Anledningen var att poolens fast anställda personal inte ansågs utnyttjas till fullo. Sjukhuset gick med underskott och det ansågs viktigt att spara pengar.

”Men det här är ju det ... springande i det hela va. Jag menar. Det är ju den är poolen som vi hade tidigare då som vi då inte utnyttjade till hundra procent. Givetvis kan vi ju inte göra det för att vi har ju en dygnet runt verksamhet, vilket innebär att om du är springvikarie hos mig så kan jag ju inte förvänta mig att du ställer upp på dom tiderna som jag har behov utav. Det är ju omöjligt. Det skulle du aldrig ställa upp på. Jo kanske mot en jättekostnad då eller ja en bra lön. Det krävs ganska mycket folk för att täcka våra toppar och sånt där. Det innebär att vi inte utnyttjar vår inbyggda pool som vi hade tidigare till hundra procent. Då började man att

spara på det här sättet genom att nu ska vi plocka in folk när vi behöver, men samhället ser ju inte ut sånt idag att folk är hemma och tillgängliga. Alla ska ju jobba, alla jobbar ju så du kan inte vara timanställd som man var tidigare utan du, du har en anställning och då har vi inte dom här. Sen hör det ju till saken nu då att vi har ju brist på utbildad personal och det här är ganska roligt för när jag kom hit 98 var det anställningsstopp.”  
(Avdelningschef)

Eftersom de anställda var tillsvidareanställda vid poolen, ställdes högre krav på att förutsäga kortsiktiga variationer i efterfrågan på personal. Det blev därför svårare att använda personalen på ett ”optimalt sätt”, d v s att placera de anställda på uppdrag som fyllde deras arbetstid.<sup>6</sup> Stängningen av personalpoolen innebar att man övergick till att hantera behovet av tillfällig personal på respektive avdelningen genom anställning av vikarier via visstidskontrakt. Under 1998 var 498 personer anställda på vikariat. Samtidigt upphävdes anställningsstoppet. Antalet tillsvidareanställda ökade något under året, men det var svårt att få tag på personal, särskilt läkare och sjuksköterskor inom ett flertal specialistområden. Även andra kategorier ansågs allt svårare att rekrytera, till exempel logoped, läkarsekreterare och teknisk personal. Från att tidigare ha haft en tydlig och omfattande övertalighet i gruppen undersköterskor blev denna nu också en grupp, som var svår att rekrytera.

Upphävandet av rekryteringsstoppet innebar att det inte längre var så attraktivt för sjuksköterskorna att ta anställning vid personalpoolen när det fanns möjlighet att få fast anställning vid en avdelning. Som ett led i att attrahera arbetskraft anställdes under sommaren 109 ferieungdomar från gymnasieskolorna inom ramen för ett utvecklingsprojekt. Denna åtgärd ansågs vara mycket lyckad. Men andra problem med personalsammansättningen uppmärksammades. Sysselsättningsgraden ansågs vara låg, d v s det var fortfarande relativt hög sjukfrånvaro och medelåldern ansågs vara hög – 45,2 år. Personalförsörjningen var dessutom ojämn mellan olika enheter. Samtidigt som vissa enheter var i skriande behov av personal hade andra enheter problem med övertalighet. Åtgärder för att skapa enhetliga personalpolicies, förbättra personalrekryteringen främst beträffande läkare och sjuksköterskor samt ledarutveckling påbörjades.

---

<sup>6</sup> Tanken var således att reformeringen av sjuksystrarnas arbete skulle bidra till en förbättrad situation, som skulle lösa några av de problem med bemanningen vårdenheterna tidigare dragits med. Personalpoolerna skulle inte längre behövas.

## Sjuksköterskor från bemanningsföretag

Som ett sätt att hantera personalbristen började sjukhuset under 1998 hyra in läkare och sjuksköterskor från bemanningsföretag.<sup>7</sup> Inhyrningen av sjuksköterskor var inledningsvis mycket begränsad<sup>8</sup>. Trots det innebar det en minskning av antalet visstidsanställda. Detta skifte ansågs inte vara en förändring av sjukhusets preferenser. Istället beskrevs det som en följd av den förändrade arbetsmarknadssituationen, som innebar att alla sjuksköterskor som ville ha tillsvidareanställning kunde få det. Arbetskraften som brukade vara tillgänglig för visstidsanställningar minskade betydligt. De sjuksköterskor som fortfarande var tillgängliga för den här typen av anställningar erbjöds ofta andra och framförallt mer attraktiva alternativ genom att ta anställning vid bemanningsföretag. När möjligheten att anlita personal via visstidskontrakt begränsades, blev inhyrning via bemanningsföretag ett mer attraktivt för sjukhusledningen. I vissa fall var inhyrning det enda alternativet för temporär bemanning av de medicinska avdelningarna.

Regionens policy var däremot restriktiv i förhållande till användningen av inhyrd arbetskraft. Flera skäl angavs. Ett skäl var att de tjänster som erbjöds av bemanningsföretag uppfattades som överprissatta. Denna uppfattning omfattades framförallt av den regionala ledningen och sjukhusledningen. Det var också en vanlig uppfattning bland vissa sjukvårdspolitiker. Bemanningsföretag representerade ett ideologiskt problem. Skattemedel, avsatta för sjukvård, skulle inte användas för att betala vad som ansågs vara allt för höga priser för tjänster som erbjöds av vinstdrivande privata entreprenörer.

Ett annat argument framfördes av administrativ personal och medicinklinikernas ledning. De menade att sjuksköterskor som placerats på sjukhusets avdelningar inte hade kännedom om de specifika villkor och förutsättningar som gällde där, vilket ansågs skapa extra kostnader för

---

<sup>7</sup> När bemanningsbranschen etablerades i Sverige 1993 började tillväxten framförallt inom sekreterarbete och administrativa tjänster. Utvecklingen av bemanningstjänster inom sjukvården startade däremot senare. De första företagen etablerades omkring 1996 och utvecklades på ett annat sätt än verksamheten i andra yrkesgrupper och sektorer. De företag som erbjuder bemanningstjänster inom sjukvården var relativt små och startades ofta av personer som tidigare varit anställda inom sjukvården. De flesta specialiserade sig på att erbjuda en eller två grupper av professionell personal, framförallt sjuksköterskor. Några av dem som etablerades tidigt startade i tätt anslutning till lokala sjukhus för att sedan spridas nationellt. Andra köptes upp av några större bemanningsföretag och utvecklades sedan som särskilda affärsenheter riktade mot sjukvården. De bemanningsföretag som användes vid det studerade sjukhus etablerades på orten 1998. Innan dess fanns inga bemanningsföretag lokalt. År 2000 fanns ett fåtal konkurrerande bemanningsföretag på plats som erbjöd bemanning inom sjukvården. Några av dem har utvecklats lokalt av personer som tidigare arbetat vid sjukhuset och äldreården organiserad av kommunen. Det fanns också dotterbolag eller utlokaliserade enheter från store bemanningsföretag som opererade nationellt.

<sup>8</sup> En uppskattning var att inhyrningen endast uppgick till en procent av den totala lönekostnaden för sjuksköterskor.

verksamheten<sup>9</sup>. Inhyrning av personal från bemanningsföretag ansågs ha negativa konsekvenser för kontinuiteten på arbetsplatsen. Man ifrågasatte också om det var bra för patienterna. En allt för omfattande inhyrning av personal från bemanningsföretag ansågs kunna få negativa konsekvenser för vårdens kvalitet. Användning av inhyrd arbetskraft ansågs också påverka den fast anställda personalen negativt.

Skälet var att de inhyrda inte ansågs ha alla de kunskaper och erfarenheter som krävdes för att utföra alla uppgifter som normalt utförs av fastanställda sjuksköterskor. Ett sådant exempel beskrivs nedan:

”Det är här [på avdelningen] som jag är anställd. Det är stor skillnad jämfört med en person som arbetar tillfälligt på avdelningen. En skillnad är exempelvis uppgiften att ta hand om avdelningens medicin förråd. Om du är fast anställd på avdelningen så vet du vilken typ av medicin och i vilka mängder som vanligtvis behövs, vissa typer av medicin används mer än andra. Du behöver också känna till beställningsrutiner, etc. Det är något som du inte föreväntar dig, eller ens vill att en tillfälligt anställd skall göra, det skall alltid göras av den egna personalen.” (Sjuksköterska, fast anställd på en medicinavdelning)

Användningen av inhyrd arbetskraft ansågs således resultera i merarbete för den fast anställda personalen. Nästa skift, eller den frånvarande sjuksköterskan när hon återkommer, tvingas utföra de uppgifterna som lämnats kvar utöver sina vanliga arbetsuppgifter.

Ett annat nära relaterat skäl till att inte anlita inhyrda sjuksköterskor är det ökade ansvar som krävs av fast anställda sjuksköterskor.

”Att som fastanställd sjuksköterska arbeta med en inhyrd sjuksköterska skiljer sig från att arbeta med andra fast anställda. Som fast anställd har man ett större ansvar för patienterna på avdelningen.” (Sjuksköterska, fastanställd på en medicin avdelning)

Det ökade ansvaret och arbetsbelastningen är argument mot användningen av inhyrda sjuksköterskor som förs fram av både avdelningschefen och sjuksköterskor anställda på avdelningen. Det ökar pressen på de anställda, vilket ansågs skapa flera negativa effekter. Först och främst beskrevs det som en källa till konflikter mellan olika kategorier av sjuksköterskor. Detta kan understrykas av det faktum att inhyrda sjuksköterskor tjänade betydligt mer pengar än de sjuksköterskor som var fast anställda.

”Inledningsvis fanns en del negativa reaktioner mot använda inhyrd personal, framförallt från de fast anställda sjuksköterskorna. De fördrog att försöka hantera problemen själva genom att arbeta övertid och sprida ut personalens semester över längre perioder istället för att lösa bemanningsproblemen via inhyrd personal, vilka ansågs mindre kompetenta och överbetalade. Istället såg de hellre att sjukhus betalade dem extra för hantera problemet internt.” (Avdelningschef)

---

<sup>9</sup> Detta skäl är motsägelsefullt i förhållande till regionledningens argument. Kostnaderna för att använda inhyrda sjuksköterskor överstiger inte alltid de kostnader som uppstår genom att låta fast anställd personal jobba övertid.

Det ansågs vara orättvist att den inhyrda personalen fick mer betalt. Användningen av inhyrd personal ansågs dessutom innebära merarbete för den fast anställda personalen.

”Att arbeta med inhyrd personal innebär, att du som fast anställd får ta ett större ansvar. Du måste använda delar av din tid till att hjälpa och instruera de inhyrda sjuksköterskorna. De tjänar mer men har mindre ansvar.” (Sjuksköterska, fastanställd på en medicin avdelning)

För det andra ansågs den ökade pressen på de fast anställda sjuksköterskorna ha långsiktiga negativa effekter. Det ansågs öka sjukfrånvaron och att fler anställda lämnar avdelningen för att ta jobb någon annanstans.<sup>10</sup>

## Fördelar med inhyrda sjuksköterskor

Det förekom även mer positiva uppfattningar om användningen av inhyrda sjuksköterskor. Trots att de ansågs ha begränsad kunskap om den specifika avdelningen där de jobbar, ansågs de vara välutbildade och erfarna. Deras erfarenhet av att gå mellan flera arbetsplatser och olika typer av behandlingar och procedurer ansågs kunna bidra till ny kunskap och erfarenhet till vårdavdelningen.

”Fast de flesta av de inhyrda som jag arbetat med är väldigt duktiga och erfarna sjuksköterskor. De är vana att byta och anpassa sig till olika arbetsplatser och situationer. Genom att flytta runt mellan olika arbetsplatser så mycket som de gör, lär de sig att hantera och lösa problem på olika sätt.” (Sjuksköterska, fast anställd på en medicinavdelning)

Enligt vissa inhyrda sjuksköterskor har däremot bytet av arbetsplats inte alltid betraktats som något positivt. Istället har det ifrågasatts av den fast anställda personalen, som en begränsning av deras professionella kunskaper. Inhyrda sjuksköterskor uppmärksammar också problemen med att inte ha tillgång till all kunskap och kunna utföra alla arbetsuppgifter. De menar däremot att den typen av problem oftast är möjliga att hantera och framhäver betydelsen av att introduceras rätt till arbetet och till den specifika arbetsplatsen.

”I samband med att du påbörjar ett uppdrag på en ny arbetsplats är det tänkt att du skall gå bredvid någon av de fast anställda sjuksköterskorna en eller två dagar som en introduktion, men det är långt ifrån alltid fallet” (Inhyrd sjuksköterska)

Att använda inhyrd arbetskraft sågs av sjukhusledningen som den sista lösningen på bemanningsproblem. Det användes endast om alla andra alternativ misslyckats. Enligt avdelningschefen kunde de antagna nackdelarna med att använda inhyrda sjuksköterskor minskas

---

<sup>10</sup> Dessa problem skall däremot inte överdrivas. Användningen av inhyrda sjuksköterskor sker oftast när det inte finns några andra alternativ eller som ett sätt att undvika att låta fast anställd personal arbeta övertid, vilket troligtvis skulle skapa ännu värre långsiktiga effekter och problem.

genom att organisera användningen på ett sådant sätt att deras begränsade erfarenhet av det normala arbetet på avdelningen endast har begränsad effekt. Ett exempel var användning av inhyrda sjuksköterskor under nattskift. Arbetet under natten ansågs vara mer rutinartat. Det handlar mer om omsorg och att ta hand om patienter snarare än att utföra några avancerade medicinska ingrepp eller behandlingar. Genom att begränsa användningen av inhyrda sjuksköterskor till nattskift kunde således de negativa effekterna begränsas. Dessutom var det, enligt avdelningschefen, svårare att få tag på fast personal som var villiga att arbeta nattskift.

De ovan beskrivna nackdelarna är främst relaterade till effektivitetsaspekter i arbetet och på de anställda som arbetar vid avdelningen. Det kan hävdas att frågan om kontinuitet är viktig av andra skäl än de som presenterats ovan. Ett illustrativt exempel på effekter av att använda inhyrda sjuksköterskor gavs av en av de intervjuade sjuksköterskorna. Som beskrivits ovan erbjuder avdelningen vård och omsorg för patienter med svåra och ofta livshotande sjukdomar. De behandlas ofta återkommande vid avdelningen över en period av flera år, vilket innebär att de lär känna den personal som arbetar där. Enligt en av sjuksköterskorna som arbetar nattskift, är ett viktigt skäl för henne att arbeta natt att det då är möjligt att utveckla en djupare relation till patienterna. Det är under natten som patienter i allmänhet har störst behov av att prata och det är också då som de anställda har mer tid att göra det. Dessa dialoger kan vara svåra att genomföra om patienten ständigt möts av ny personal som inte stannar på avdelningen tillräckligt länge för att utveckla en relation till patienten. Detta är en mer subtil effekt av användningen av tillfällig personal, som är svår att upptäcka. Men den kan vara väldigt verklig och viktig för dem som upplever det.

### ***4.3 Interna förändringar***

År 1999 var ett turbulent år, framförallt som en följd av sammanslagningen av landstingen och bildandet av Västra Götalandsregionen, där det studerade sjukhuset blev en del av Västra Götalandsregionens sjukvårdsorganisation. Att skapa en ny större region sågs som ett sätt att förbättra den ekonomiska situationen för sjukvården i de landsting som hade budgetunderskott. Genom att slå samman landstingen ansågs det finnas möjlighet att skapa skalfördelar. En större

enhet ansågs kunna utnyttja resurserna bättre och hantera framtidens sjukvård på ett bättre sätt.<sup>11</sup> Dessutom förändrades systemet för tilldelning av resurser.

För att åstadkomma balans mellan resurser och de tjänster som skulle erbjudas inrättades ett system för att fördela resurser mellan regionens enheter. Systemet baserades på DRG poäng (diagnos relaterade grupper). Det innebär att varje diagnos delades in i olika grupper beroende på deras förväntade vårdbehov, behandlingar och andra typer av sjukvårdsresurser som behövs i varje fall. Varje grupp tilldelas en definierad mängd DRG-poäng. Finansiella resurser fördelas sedan till respektive enhet i regionen utifrån deras totala DRG-poäng.<sup>12</sup>

Det innebar att sjukhuset fick sin ersättning till 50 % via en DRG-baserad produktionsersättning och till 50% via ram. För enheten upprättades dessutom ett absolut kostnadstak. Förberedelser för förändringen påbörjades redan under hösten 1998 bl a beträffande DRG-registrering, kostnad per patient och information om det nya finansieringssystemet. Men systemet inrättades under 1999.

En annan konsekvens av sammanslagningen av regionens sjukvårdsorganisation var en ökad specialisering. De senaste 10-15 åren karaktäriserades av utveckling av mer och mer sofistikerade specialistbehandlingar. Istället för att varje sjukhus skulle inneha alla specialistkliniker, specialiserades de olika sjukhusen till ett eller flera specialistområden. Tanken var att de skulle erbjuda vård till patienter från hela regionen istället för ett mindre område. Det fanns däremot en viss överlappning och möjligheter att behandla patienter med mer generell medicinsk behandling i fler än en medicinsk klinik.

För det studerade sjukhuset fick specialiseringen inte särskilt stora konsekvenser. Den 25 augusti 1999 presenterade hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli ett förslag på arbetsfördelning i Södra Älvsborgs sjukhus. Förslaget innebar att sjukhuset även fortsättningsvis skulle vara ett komplett akutsjukhus med specialiserad regionsjukvård inom onkologi med strålterapi. Socialstyrelsen hade upprättat en ny klassificering av sjukvårdsenheter, som ställde krav på vilka funktioner enheterna skulle innehålla och som också anger hur resurser skall fördelas.

---

<sup>11</sup> Framtidens sjukvård ansågs kräva ökad specialisering och ökat behov av dyrbara utrustningar. Samtidigt emotsågs förändringar i den demografiska sammansättningen i regionen och ökat behov av kvalificerad personal i en allt tätare arbetsmarknad.

<sup>12</sup> För att definiera DRG-poäng utvecklades ett antal nyckeltal. För det första togs hänsyn till behandlingstiden, från det att patienten anländer till sjukhuset och till dess att han eller hon kan lämna sjukhuset. Ett annat nyckeltal var antalet behandlingar, som genomförs vid sjukhuset eller en vårdenhets under en viss tidsperiod. Eftersom dessa begrepp var centrala för hur resurserna fördelas mellan sjukhusen, blev de viktiga för bedömningen av aktiviteter och organiseringen av vilken sjukvård som utfördes på respektive sjukvårdsenhet.

Förutsättningarna för bemanning av verksamheten förändrades också. Under 1999 var personalomsättningen vid sjukhuset relativt hög, mellan 7 och 8 procent. Under året lämnade 330 anställda sjukhuset. Samtidigt nyanställdes 390 personer. Det var således ett nettoinflöde av personal till sjukhuset. Trots inflödet av personal uppfattade ledningen personalomsättningen som ett problem. Det fanns ett behov att rekrytera fler, inte enbart för att ersätta den personal som lämnat sjukhuset, utan också beroende av det ökande behovet av arbetskraft.

Situationen hade således förändrats i förhållande till inledningen av 1990-talet. Reformerna av sjukvården och uppkomsten av bemanningsföretag inom sjukvårdsområdet innebar att sjukvårdens arbetsgivarmonopol, så kallad monopoli, hade brutits. Arbetsmarknadssituationen hade förändrats och det fanns nu alternativa karriärvägar och arbetsgivare för sjuksköterskor, som tidigare varit beroende av sjukvården som arbetsgivare.

Sjukhusledningen ansåg ändå att det fanns skäl till att föredra att tillfredställa behovet av tillfällig arbetskraft genom att anställa via visstidskontrakt snarare än att hyra in personal. Ett argument som framhövdes var kostnaden. Visstidsanställda ansågs vara billigare än inhyrd arbetskraft. Visstidsanställda ansågs också erbjuda bättre möjligheter till kontinuitet. Flera av de visstidsanställda sjuksköterskorna var väl införstådda med avdelningens arbetsvillkor och medicinska specialitet. De hade ofta tidigare haft anställning vid avdelningen. De hade kanske enbart varit frånvarande för föräldraledighet eller någon form av utbildning och var intresserade av att tjäna lite extra pengar genom att arbeta extra vid avdelningen. Användningen av tillfällig arbetskraft fortsatte således enligt det sedan länge etablerade mönstret. Denna situation kom däremot att förändras.

## Förändrad personalpolitik

Under 2000 började sjuksköterskor lämna sjukhuset i ännu större utsträckning än tidigare. Detta var framförallt beroende av den problematiska arbetssituationen. Arbetsbelastningen var mycket hög och lönen ansågs inte tillräckligt hög. Ett annat viktigt skäl var att det fanns flera alternativ, till exempel att arbeta med äldreomsorg som drevs av kommunen eller att ta anställning vid ett bemanningsföretag. Det var således brist på personal.

Paradoxalt nog hade det aldrig funnits så många sjuksköterskor och läkare vid sjukhuset (vilket gäller för sjukvårdssektorn i allmänhet). Samtidigt hade det aldrig varit så svårt att få tag på arbetskraft. I Västra Götaland, liksom i de flesta regioner i Sverige, rådde det brist på

arbetskraft i sjukvårdssektorn, särskilt läkare och sjuksköterskor. Även bemanningsföretag hade svårigheter att finna tillräckligt med personal under semestertider, under sommaren och vid jul, framförallt beroende på den ökande efterfrågan.

Arbetskraftsbristen var särskilt problematiskt under sommarmånaderna, när de flesta anställda ville ha semester. Det är också den period som det är svårast att finna vikarier. Som ett försök att lösa detta problem beslutade ledningen för sjukhuset att erbjuda högre lön till dem som inte tog ut sin semester under juni, juli och augusti. Detta innebar att semestern spreds ut under en längre period, vilket gjorde det enklare att hantera de anställdas frånvaro och finna ersättningsarbetskraft.

Enligt en utredning som genomförts av Västra Götalands strategiska personalenhet var arbetskraftsbristen ett problem som förväntades öka, snarare än minska, under de närmaste åren. Bemanningen av sjukhusen betraktades som den viktigaste frågan för den regionala Personalenheten. Denna enhet upprättade en särskild funktion för att understödja de politiska beslutsfattarna när det gäller HR strategiska frågor.

På grund av problemen med att rekrytera personal, ökade medicinenheten sina insatser för att motverka utflödet av personal från verksamheten. Ett sätt att göra det var att ta reda på varför anställda valde att lämna. De frågade därför alla anställda som lämnade sjukhuset om varför de valde att sluta. De fann att de tre viktigaste skälen var:

- 1) Upplevt tryck på grund av för mycket arbete,
- 2) Lönen, som är betydligt lägre i jämförelse med vad andra arbetsgivare erbjuder, särskilt i förhållande till vad bemanningsföretagen erbjuder. Sjuksköterskor anställda vid bemanningsföretag får i vissa fall 50 procent högre lön än fast anställda sjuksköterskor vid Sjukhuset.
- 3) Det tredje skälet var att de ville prova på andra saker, som t ex en ny medicinsk specialitet. För att begränsa den årliga personalomsättningen och få personalen att stanna kvar (och minska sjukfrånvaron (1999 var den 6 %)) utvecklade sjukhuset en ny HR strategi. Strategin bestod i att förbättra arbetsmiljön, nya utbildningsprogram, program för ledarutveckling och bättre karriärmöjligheter, nya system för individuella arbetsscheman, nya lönepolicies anpassade till individens kunskaper och kompetens.

## Organisatoriska förändringar och ändrade regler

Dessutom genomfördes ett antal organisatoriska förändringar, samtidigt som tydligare mål och verksamhetsidé för verksamheten formulerades. Den nya verksamhetsidén för sjukhuset formulerades enligt följande:

”Sjukhuset skall bedriva en god sjukvård som tillgodoser patienternas behov av omtanke, kompetens och trygghet. Samverkan skall utmärka arbetet såväl inom som utom sjukhuset som i kontakt med andra vårdgivare.”

Som ett led i detta förändringsarbete genomfördes en genomgripande förändring av ledningsorganisationen. Verksamheten delades upp i fem områden: medicinska specialiteter, Opererande specialiteter, Psykiatri, Medicinsk service och Allmän service. Det nya målstyrda arbetssättet innebar också inrättande av program för att förbättra kvaliteten i vården.

”Den administrativa tiden för vårdpersonal ska minska för att kunna öka tiden för direkt patientarbete. Nuvarande rutiner är analyserade med utgångspunkt från processflödesbeskrivningar. Projektet är indelat i vårdadministration, resurshantering, ronder, dokumentstyrning och ”fem-minutare” – små tidsvinster här och där. En mångfald så kallade fem-minutare har angripits under projektets gång.”(årsredovisning, 2000).

Året blev en vändpunkt för verksamheten. I årsredovisningen för året rapporterades om att sjukhuset ”med råge” utförde de avtalade vårdvolymerna, även om vissa verksamheter på grund av framförallt personalbrist fått se växande köer. ”För första gången går sjukhuset in i ett nytt år med ett överskott, ett positivt eget kapital.”(Årsredovisning 2000)

Sjukhusledningen fick vind i seglen. Satsningarna verkade ha gett positiva resultat. Antalet tillsvidareanställda läkare ökade från 344 till 352. Samtliga AT block var tillsatta. Sjukhuset inrättade en sjukhusgemensam studierektorsfunktion för AT- och ST läkare. Övertidsuttaget minskade med 16 procent. Ett traineeprogram för sjuksköterskor startades. En satsning på kompetensutveckling utökade budgeten från 8,3 till 12,2 miljoner kronor. Alla nyanställda fick ett mottagande genom ett övergripande introduktionsprogram. Dessutom infördes ett nytt personaladministrativt system för att bättre kunna administrera löner och arbetstid. Framförallt slutade sjukhuset att anlita sjuksköterskor från bemanningsföretag under hösten 2000.

Anledningen till den förändrade policyn är oklart. En möjlig orsak är däremot de ökade möjligheterna att använda visstidsanställd personal, som medgavs efter socialstyrelsens undantag från kravet på legitimation för vikarie på anställning som sjuksköterska. Tidigare hade det inte varit möjligt att anställa icke-legitimerad personal som vikarier för sjuksköterskor. Den nya föreskriften från socialstyrelsen (SOSFS 2000:9), som trädde i kraft i juni 2000, gjorde det nu möjligt att i större utsträckning använda okvalificerad, eller i alla fall inte färdigutbildad,

arbetskraft som vikarier. Det gjorde att det återigen fanns ett utbud av arbetskraft för tillfälliga anställningar, vilket bidrog till att man kunde minska användningen av inhyrd arbetskraft. Dessutom skapades möjlighet att ge sjuksköterskestuderande praktik under studietiden, vilket också var ett sätt att attrahera arbetskraft.

## En ny modifierad personalpool

År 2001 återskapades personalpoolerna. De medicinska klinikerna började använda personalpooler för sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden igen. Det fanns flera skäl att återinföra personalpoolerna vid den medicinska kliniken. Sedan 1 januari 2000 var sjukhuset tvungen att följa en rekommenderad policy från regionen att sluta använda arbetskraft från bemanningsföretag. Men på grund av den akuta personalbristen hade denna rekommendation inte kunnat följas. Den regionala Sjukvårdsstyrelsen ville återinrätta de interna personalpoolerna. Dessa personalpooler utformades annorlunda än de som använts tidigare vid sjukhuset.

De nya personalpoolerna, som utvecklats vid de regionala sjukhusen, med stöd av regionala myndigheten, förutsattes lösa några av de problemen som ansågs vara relaterade till användningen av hyresarbetskraft. Paradoxalt nog delade den nya typen av interna personalpooler flera karaktärsdrag med bemanningsföretagen. Först och främst var båda definierade som separata organisatoriska enheter. För det andra erbjöd de mer flexibla arbetsvillkor för de anställda. Sjuksköterskorna kunde påverka sina arbetstider. För det tredje erbjöd båda högre lön. För det fjärde rekryterade båda väletablerade, erfarna professionella sjuksköterskor, delvis för att öka deras status och skapa efterfrågan på deras tjänster. Att besluta om en policy mot att använda bemanningsarbetskraft och samtidigt tillåta interna pooler, som i alla viktiga avseenden imiterade bemanningsföretagen, förefaller således vara motsägelsefullt.

De fast anställda sjuksköterskorna placerades endast på tre olika medicinska avdelningar. Dessutom, utöver att de anställdes tillsvidare, fick de bättre lönevillkor i förhållande till andra sjuksköterskor. Lönen uppgick till 20 procent högre än en ”normal” sjuksköterskelön. Enligt en sjuksköterska anställd vid medicinpoolen, som också tidigare varit anställd vid ett bemanningsföretag, motsvarade den högre lönen nästan den lön som erbjöds av privata bemanningsföretag.

De nya poolsjuksköterskorna var mer integrerade i avdelningens arbete. De förväntades ta del i de aktiviteter, möten och internutbildningar, som dagligen förekommer på avdelningen. De gavs

också större möjligheter att påverka sin arbetstid och sitt arbetsschema. Dessa arrangemang sattes i verket för att kunna rekrytera erfarna och välutbildade personer och öka statusen hos personalpoolen.

Personalpoolerna förväntades också vara av större nytta. De ansågs inte enbart erbjuda numerisk flexibilitet. De förväntades också stimulera högre rörlighet av arbetskraft inom organisationen, genom att visa goda exempel och öka statusen att vara flexibel. Dessutom ansågs personalpoolerna vara en ”liten grön förnyelse ö” där nya HR idéer kunde utvecklas och testas. Dessa idéer kunde, om de genomfördes på rätt sätt, exporteras till andra mer traditionella enheter i sjukvården. Interna pooler skulle, ur detta perspektiv, betraktas som en motor för organisatorisk förändring, som fortfarande var under sjukvårdsmyndighetens kontroll.

Men åtgärderna blev återigen inte särskilt långvariga. I årsredovisningen 2001 konstateras att, trots försök att begränsa användningen av inhyrd arbetskraft fortsatte användningen till viss del. Satsningen på att organisera användningen av tillfällig arbetskraft genom personalpooler var inte tillräcklig. Rekryteringsbehovet var för stort. Man lyckades inte tillsätta tjänster i takt med att vakanser uppkom. Under år 2002 ökade användningen av inhyrd arbetskraft ytterligare.

## **4. Slutsatser**

Det här kapitlet syftade till att illustrera hur användningen av tillfällig arbetskraft förändrades inom sjukvården i samband med organisatoriska förändringar. Fallet visar hur förändringar av sjukhusets organisering avlöser varandra. Ledningens insatser för att parera och rätta till problemen fick i vissa fall motsatt effekt. Oavsett vad ledningen gjorde förvärrades situationen, vilket krävde ytterligare insatser. Sjukhuset kom in i en ond nedåtgående spiral. Samma mönster upprepades om och om igen. Den redan institutionaliserade användningen av tillfällig arbetskraft fortsatte men tog nya former.

Fallet visar hur användning av tillfällig arbetskraft förändrades. Användningen av visstidsanställningar var vanligt förekommande vid sjukhuset. Inropningen av tillfällig personal organiserades genom personalpooler, ett arbetssätt som använts under lång tid. När budgetnedskärningar genomfördes och rekryteringsstopp infördes gjordes verksamheten mer beroende av tillfällig personal. Det skapade ett ökat tryck på personalpoolerna, men arbetsvillkoren var så undermåliga att ingen ville arbeta under sådana förhållanden. Istället drabbades den fast anställda personalen, genom att tvingas arbeta mer övertid, vilket förvärrade

situationen. När ledningen försökte förhindra användningen av tillfällig arbetskraft och skapa bättre arbetsvillkor för de fast anställda sjuksköterskorna gav det motsatt effekt. Det blev bara värre. Åtgärderna innebar enbart ökat beroende av tillfällig arbetskraft, men nu i annan form. Trots att man inte ville det, såg sig ledningen tvungen att hyra in personal via bemanningsföretag. Det skapade visserligen bättre arbetsvillkor och högre lön för en del av arbetskraften – de inhyrda, men innebar inga nämnvärda förbättringar för den fast anställda personalen, förutom att arbetsbördan lättades något. Användningen av inhyrd arbetskraft var däremot ingen långsiktig hållbar strategi. Sjukhusledningen försökte stoppa inhyrningen genom centrala direktiv. Man hittade tillsist sätt att organisera verksamheten vilket gjorde det möjligt att begränsa inhyrningen av tillfällig arbetskraft men inte tillräckligt. Dessutom återupprättades interna personalpooler med arbetsvillkor som i flera avseenden liknade de som erbjöds av bemanningsföretagen. Denna process innebar således att användningen av inhyrd arbetskraft institutionaliserades som en del av sjukvårdens organisering. Trots de begränsande insatserna ökade användningen av inhyrd arbetskraft, framförallt inom vissa yrkesområden som var svåra att rekrytera.

Fallet visar också på de särskilda förutsättningar som förekommer inom sjukvården. Karaktäristiskt för sjukvården är att förändringar oftast beslutas och initieras på central nivå genom politiska beslut eller direktiv från Socialstyrelsen. Det centraliserade beslutsfattandet innebär att åtgärder inte alltid anpassas till förutsättningarna på den enskilda vårdenheten. Möjligheterna till lokal anpassning är starkt begränsade. Dessutom, karaktäriseras sjukvården av relativt höga kunskapskrav, som är specifika för sektorn. Det innebär att personal som utbildat sig till t ex sjuksköterska under en längre tid, blir beroende av arbetsgivaren. Den begränsade konkurrensen gör att det finns få möjligheter att finna alternativa utvecklingsvägar där man får utlopp för den kunskap man tillgodogjort sig. Normer och värderingar om hänsyn till patienten spelar förstås också stor roll. Det blir lätt att patienternas villkor sätts före kraven på goda anställningsvillkor för dem som vårdar patienterna.

Sjukvårdsledningen har också begränsade handlingsalternativ. Tillskillnad från verksamheter i privat sektor, eller industriell verksamhet, har sjukvården i princip två alternativ i samband med ekonomiska problem. Antingen att minska utgifterna eller att rationalisera verksamheten genom organisatoriska reformer, dvs att få ut mer för pengarna. I andra sektorer kan kostnadsrationaliseringar åstadkommas genom att förflytta produktionen utomlands. Det alternativet ligger inte särskilt nära till hands inom vården. Liksom andra tjänstebaserade

verksamheter är produktionen av tjänster inte särskiljbar från konsumenten. Man kan förstås tänka sig att patienterna flyttas till platser där produktionen kan utföras med lägre kostnader. Men det är inte möjligt i de flesta fall. Inte heller är utgiftsminskningar särskilt populära. Även om det förekommer flera försök är prioritering av vårdinsatser mot bakgrund av ekonomiska skäl praktiskt taget politiskt självmord för den politiker som föreslår det. Det vanligaste och oftast förekommande alternativet är således att reformera vårdens organisering. Därav den omfattande omorganisering av den svenska vårdsektorn och den omfattande forskningen om reformer och organisering av offentlig sektor. Som vi har sett i de aktuella fallet medför det flera problem, som i vissa fall riskerar att förvärra situationen snarare än förbättra den. Det innebär också att det finns ett intresse från arbetsgivarens sida att dämpa löneökningstakten, i alla fall hålla tillbaka krav på förbättringar av arbetsvillkor.

Dessa institutionaliserade förutsättningar förefaller vara det som bidrar till att reproducera ett särskilt mönster av användningen av tillfällig arbetskraft. Det är alltid kvinnor som dominerar de tillfälligt anställda och möjligheterna för dem att få bättre anställningsvillkor begränsas av de institutionaliserade förutsättningarna för verksamheten. Inhyrningen av tillfällig arbetskraft genom bemanningsföretag innebar däremot att den redan institutionaliserade användningen utökades med en ny form.

## 5. Referenser

- Aidemark, L.G. (1998) "Vårdens ekonomi i förändring – en studie av ekonomistyrning Landstinget Kronoberg" Bokförlaget Bas, Göteborg
- Aronsson, G; Gustavsson, K & Dallner, M (2000) Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa I ett centrum-periferiperspektiv, *Arbete och Hälsa* 2000:9.
- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1995) "Valfrihet och konkurrens i sjukvården" Studieförbundet näringsliv och samhälle, Stockholm
- Arvidsson, G., Jönsson, B. & Werkö, L. (1993), *Prioriteringar inom sjukvården – etik och ekonomi*, SNS förlag, Stockholm.
- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*, SNS Förlag, Stockholm
- Arvidsson, S. (1997) *Arbetsmiljö och arbetsvillkor för anställda inom personaluthyrningsbranschen*, Working Paper No. 52, Stockholms Universitet.
- Aronescu, D., Bergström, O., Larsson, P. & Strannegård, L. (2004) *The Voice of Temporary Doctors – Contingent Employment as an Act of Resistance*, paper presented at the 20<sup>th</sup> EGOS Colloquium, Ljubljana, July 1-3, 2004.
- Atkinson, J. (1984) 'Manpower Strategies for Flexible Organizations', *Personnel Management*, Aug.
- Atkinson, J., Morris, J.R.S. & Williams, M. (1996) *Temporary work and the labour market*, The Institute for Employment Studies, Report 311, University of Sussex, Brighton.
- Atkinson, John & Nigel Meager (1986), *Changing Working Patterns, How Companies Achieve Flexibility to Meet New Needs*, The Stationary Office Books, London
- Bach, S. & Della Rocca, G (2000) The managerial strategies of public service employers in Europe, *Industrial Relation Journal*, 31:2, (82-96).
- Barley, S. & Kunda, G. (2001) Bringing work back in, *Organization Science*, Vol. 12, No 1. January – February 2001.
- Barley, R. S. and Tolbert, P.S. (1997) Institutionalization and Structuration: Studying the Links between action and Institution, *Organization Studies*, 18/1, 93-117.
- Bellaagh, K. & Isaksson, K. (1999) Uthyrd men fast anställd, *Arbete och hälsa*, 1999:6.
- Belous, R.S. (1989) How human resource systems adjust to the shift toward contingent workers, *Monthly Labor Review*, March 1989.
- Bergström, O. (2003) *New Understanding of European Work Organisation*, Final report, Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Bergström, O. & Storrie, D. (2003) *Contingent employment in Europe and the United States*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing Limited.
- Blomgren, M. (1999) Omvårdnad och ekonomi: Sjuksköterskeprofessionen I motet med de nya styrmodellerna, ur: Lampou, K. & Andersson, B. (red) *Studier i sjukvårds organisation, Om ekonomi styrning, ledarskap och förändring i svensk sjukvård* Uppsala
- Cappelli, P., Bassi, L., Katz, H., Knoke, D., Osterman, P. & Useem, M. (1997) *Change at Work*, Oxford University Press, Oxford.
- Håkansson, K. & Isidorsson, T. (2003) *Hysesarbetskraft – användning av av inhyrd abetskraft på den svenska arbetsmarknaden*, working paper, institutionen för arbetsvetenskap vid Göteborgs universitet.
- Lampou, K. & Andersson, B. (1999) "Studier i sjukvårdsorganisation, Om ekonomi styrning, ledarskap och förändring i svensk sjukvård" Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala

- Letwalla, S & Lampou, L. (1999) Några aspekter på patient-läkarkontinuitet, ur: Lampou, K. & Andersson, B., *Studier i sjukvårdsorganisation, Om ekonomi styrning, ledarskap och förändring i svensk sjukvård*, Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala
- Lindberg K. och B. Trägårdh (2000) Lean-koncept i magra vårdorganisationer. Ur: Klas Barklöf (red) *Vägval? En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer*. Rådet för arbetslivsforskning. Stockholm.
- Piore, M.J. and Sabel, C.F. (1984) *The Second Industrial Divide: Possibilities for Prosperity*, New York: Basic Books.
- Rehnberg and Garpenby (1996) *Privata aktörer i svensk sjukvård*, SNS Förlag, Stockholm
- SCB, Swedish National statistics – AKU
- Socialstyrelsen, (1998) “*Sjukvården i Sverige 1998*” Socialstyrelsen, Stockholm
- SPUR, (1998) *Branschens utveckling och omfattning; personaluthyrning, Entreprenader, Rekrytering*
- Storrie, D (2003) “The regulation and growth of contingent employment in Sweden” i Bergström, O & Storrie, D (eds) “*Contingent employment in Europe and the United States*”, Edward Elgar Publishing Limited Cheltenham.
- Sverige direkt (2001) - *Government agencies on the internet*, Sverige direkts hemsida, [www.sverigedirekt.se](http://www.sverigedirekt.se)
- Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet (2000) *Fakta om vård- omsorgspersonal i kommuner och omsorg*. Landstingsförbundet, Stockholm
- Walter, L ”Contingent employment in the Swedish Healthcare Sector, sectorial overview” , 2001 – *Nuovo report*, Göteborg
- Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (1999) “*Uppgiftsfördelning mellan sjukhusen i Västra Götaland.*”