Lunds Universitet
Statsvetenskapliga institutionen

STVA22
HT17
Handledare: Astrid Hedin

New Public Management inom vårdsektorn

En undersökning om hur NPM i form av inhyrda sjuksköterskor påverkar vårdkvaliteten

Louise Sköldback
Filippa Bokelid

Abstract

Det råder en diskussion om huruvida NPM i offentlig verksamhet är gynnande eller missgynnande. Denna uppsats ämnar undersöka om NPM i form av inhyrda sjuksköterskor påverkar vårdkvaliteten. Måttet på vårdkvalitet utgörs i detta fall av Lex Maria anmälningar, och undersökningen har begränsats till Skånes Universitetssjukhus. Frågeställningen besvaras med hjälp av en strategisk fallstudiemetod, där vi har försökt att utröna om det finns ett samband mellan antalet Lex Maria anmälningar och kostnader för inhyrda sjuksköterskor som utgör undersökningens populationer. Resultatet av undersökningen kunde varken verifiera eller falsifiera hypotesen att inhyrd vårdpersonal leder till sämre vårdkvalitet, detta troligtvis på grund av bristande dokumentation och data. Det resultat som slutligen presenteras kopplas samman med några tänkbara bakomliggande orsaker till sambandet mellan populationerna. Avslutningsvis förs en diskussion kring varför hypotesen inte kunde falsifieras, hur uppsatsen skulle kunna kompletteras, samt några infallsvinklar som kan vara intressanta för framtida forskning.

Nyckelord: New Public Management, Lex Maria, inhyrda sjuksköterskor, hiered nurses, granskningssamhälle, auditsociety, Christopher Hood, patientsäkerhet, patient security, kontinuitet, continuity, SUS
Antal ord: 8468

Förkortningar

IVO - Inspektionen för vård och omsorg
SKL - Sveriges kommuner och landsting
NPM - New Public Management
SUS - Skånes universitetssjukhus
SCB - Statistiska centralbyrån
SOU - Statens offentliga utredningar
HSNF - Hälso-och sjukvårdsnämndens förvaltning
SSK - Sjuksköterska
NPS- Nationella Planeringsstödet (Socialstyrelsen)

Innehållsförteckning

1 Inledning 1

1.1 Syfte och frågeställning 2

2 Bakgrund 3

2.1 New Public Management 3

2.1.1 För NPM 3

2.1.2 Emot NPM 4

2.2 Inhyrd vårdpersonal 5

2.3 Vårdkvalitet, kontinuitet och avprofessionalisering 6

2.4 Lex Maria 7

3 Teori- kategorisering av New Public Management 9

4 Material och Metod 13

4.1 Material 13

4.2 Avgränsningar 14

4.3 Metod 15

4.3.1 Lex Maria som kvalitetsmått 15

5 Resultat och Analys 16

5.1 Resultat 16

5.2 Analys 18

6 Slutsats och slutdiskussion 22

7 Referenser 24

7.1 Appendix 26

1 Inledning

De senaste decennierna har New Public Management (NPM) varit närvarande i den svenska förvaltningen. NPM som förvaltningsmodell förespråkar att den offentliga verksamheten ska styras utifrån marknadsprinciper och till större del fokusera på bland annat utflödeskontroll, effektivitet och konkurrensutsättning. En rådande diskussion inom offentlig förvaltning är om NPM är en gynnande, eller missgynnande modell. Detta kan bero på att NPM som förvaltningsmodell är allomfattande och dess grundläggande idéer är spretiga. Christopher Hood kategoriserar sju doktriner som ska försöka samla och mana till att användningen av begreppet NPM görs med försiktighet. Doktrinerna utgör grunden för NPM som modell och kan vara olika närvarande i olika praktiska fall.

NPM:s närvaro i den offentliga förvaltningen har föranlett vissa marknadsliknande strukturer, i vårt fall blir inhyrd vårdpersonal en marknadsliknande lösning på den offentliga förvaltningens problem. Denna undersökningens praktiska fall av NPM kommer utgöras av den ökade användningen av inhyrd vårdpersonal som skett de senaste åren, mer specifikt inhyrda sjuksköterskor vid Skånes Universitetssjukhus. Hälso- och sjukvården i Sverige har sedan länge haft en del av sin verksamhet driven efter marknadsegenskaper något som exemplifieras av privata vårdmottagningar och ökad närvaro av inhyrd vårdpersonal. I vissa delar av den svenska hälso- och sjukvården lämpar sig denna förvaltningsmodell mycket bra, framförallt i vårdenheter som inte kräver kontinuitet i samma utsträckning. Kontinuiteten är särskilt viktig i högomsättande patientfall då vårdenheterna måste ha vårdpersonal med erfarenhet och kunskap i det individuella patientfallet och på kliniken, vilket inhyrd vårdpersonal oftast inte har. Brist av ordinarie vårdpersonal kan påverka vårdkvaliteten på grund av kontinuitets aspekten i form av patientsäkerhet, något som rapporteras och mäts i Lex Maria anmälningar. Lex Maria som kvalitetsmått på vården har funnits sedan mitten av 1930-talet och utgör en central del av patientsäkerheten i Sverige. Eftersom förhållandet mellan inhyrda sjuksköterskor och Lex Maria anmälningar är komplex kommer denna uppsats endast att inkludera några av många tänkbara bakomliggande faktorer. Uppsatsens statistiska material är hämtat från en treårsperiod, 2015, 2016 och 2017 januari till och med oktober.

Syftet med denna uppsats är att undersöka om förekomsten av inhyrda sjuksköterskor kan påverka vårdkvaliteten, målet är att bidra till diskussionen och uppmuntra till vidare forskning inom ämnet. Vår hypotes är att NPM i form av inhyrda sjuksköterskor kan komma att påverka vårdkvaliteten negativt.

1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med undersökningen är att studera om NPM i form av inhyrda sjuksköterskor leder till sämre kvalitet i vården. I vår studie kommer Lex Maria utgöra måttet på vårdkvalitet, det vill säga, om fler Lex Maria anmälningar är gjorda i samband med att SUS haft en högre andel inhyrda sjuksköterskor kan detta tala för att vårdkvaliteten minskar då andelen inhyrda sjuksköterskor ökar. Uppsatsen vilar på tidigare forskning kring inhyrd vårdpersonal, kontinuitet och avprofessionalisering, samt statistik över kostnader för inhyrda sjuksköterskor och Lex Maria anmälningar. Det är alltså intressant att se om en ökning av inhyrda sjuksköterskor leder till sämre vårdkvalitet. Eftersom att vi vill se till hur det faktiskt ser ut, och inte hur det bör se ut har vi valt att formulera den empiriska frågan:

– *Är NPM i form av inhyrda sjuksköterskor gynnande eller missgynnande för kvaliteten i vården?*

2 Bakgrund

2.1 New Public Management

Syftet med undersökningen är att studera om NPM i form av inhyrda sjuksköterskor leder till sämre kvalitet i vården. New Public Management är i grunden en teori om styrningsmetoder som bygger på Rational Choice där grundantagande är att aktörer är rationella och nyttomaximerande. NPM framhäver, utöver tidigare nämnda antagande, ekonomiska värden såsom effektivitet och mål-och resultatstyrning som centrala aspekter för modellen. Vidare framhåller NPM vikten av ledning före policyinnehåll, delegering av ansvar, samt en tydlig etablering av tillsyn- och rapporteringsmekanismer. NPM trenden har banat väg för en ökad privatisering av offentlig verksamhet. (Premfors 2009, s.343).

Diskussionen kring NPM och huruvida den kan och bör användas inom offentlig verksamhet är splittrad. Vi kommer i följande stycke att lyfta både argument för och emot modellen, med förhoppningen att underlätta för läsaren att detektera modellens styrkor och svagheter.

2.1.1 För NPM

NPM är inte en etikett för en sammanhållen ideologi, Louise Bringselius argumenterar för att NPM som modell i vissa fall används i för stor och generell utsträckning. NPM kan syfta på avreglering, styrmodeller influerade från näringslivet i offentlig sektor, avprofessionalisering, inrättandet av fristående myndigheter och ekonomisk effektivitet. När begreppet NPM används för generellt leder det till en otydlighet som begränsar debatten. (Bringselius 2015,
s.2) Vidare argumenteras det också för att debatten om NPM i offentlig sektor ofta fokuserar på allomfattande lösningar, tanken av att en teoretisk modell med hjälp av ett "enkelt penseldrag" ska kunna förklara komplicerade problem är lockande för människan, vilket också kan ha påverkat NPM till ett slagkraftigt genombrott. (Bringselius 2015, s. 3)

NPM och granskningssamhället är nära sammankopplat, ofta dras diskussionen om NPM till extrempositioner när det egentligen är mellanpositioner som förespråkas. Bedömningen av NPM blir alltså snedvriden då kritiken i stor utsträckning tar fokus på just extrempositioner som i viss utsträckning tycks sakna empiriska belägg. Sättet som NPM är menat att tolkas på, och hur det bör implementeras är genom mellanpositioner, något som gör att kritiken som riktas mot modellen inte nödvändigtvis korresponderar med hur det faktiskt ser ut.

Den grundläggande tanken om att granskningssamhället innehåller fördelar och nackdelar, risker och möjligheter som i många fall "närmast absorbera[r] organisationer" kan anses problematiska men frågan är vad som hade hänt om vi inte haft granskningen? (Bringselius 2015, s. 3) Istället kanske man ska fundera på hur granskningen ska ta form. Brist på tillsyn kan också leda till konsekvenser, det finns NPM-kritiker som förespråkar professionsmakt, makten som kommer från professionsmakt påverkas av att inte samtliga vid makten kommer ha omdöme och möjlighet att fatta rätt beslut. Där är också extrempositionen av professionsmakt inte något att föredra. (Bringselius 2015, s. 3)

Granskningen och styrningen behöver inte endast bero på NPM teorins påverkan utan kan också vara influerad av en ökad ambitionsnivå i förvaltningen. Att rättssäkerhet och säkerställning av stöd till medborgarna ska garanteras med hög kvalitet är det få personer som kan kritisera. (Bringselius 2015, s. 3) Henrik Jordahl hänvisar till Bloom och McConnell som framhäver att inom sjukvården sammanhänger användandet av näringsinspirierande managementmetoder med bättre kliniska utfall. Med andra ord är NPM modellen intressant och kan vara fördelaktig att använda inom offentlig verksamhet. (Jordahl 2017, s. 70)

2.1.2 Emot NPM

Diskussionen som ställer sig kritisk mot NPM resonerar bland annat kring modellens tillkortakommande av empiriska resultat, dess negativa effekt på professioner, riskerna med etableringen av ett granskningssamhälle och att styrningsmetoden är politiskt lättinfluerad.

Det styrningsparadigm som NPM försatt den svenska förvaltningen i vilar på antaganden om att styrningsreformen kommer att leda till minskade kostnader och en effektivare offentlig verksamhet. Ahlbäck Öberg och Widmalm menar på att dessa antagande tycks sakna empiriska belägg, och påtalar att om skälen för implementeringen av NPM inte återfinns i praktiken, alltså, om NPM inte leder till minskade kostnader och en effektivare förvaltning finns det lite anledning att behålla styrningsmodellen. (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016, s.14). Granskningssamhället som uppstått som en följd av NPM utgör grunden för en allt mer omfattande avprofessionalisering. Det påtalas ha uppstått en brytning i relationen mellan staten och professioner i den meningen att fokus riktas mot produktivitet före kvalitet. Avprofessionalisering kan betraktas som problematiskt inom samtliga yrken, i synnerhet yrken som är av social karaktär och som tillskrivs en viss etik. (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016, s.13-15).

Granskningssamhället möter vidare kritik av Power som lyfter riskerna med de kriterier som skapas för att granska verksamheter. Power befäster sin kritik i de faktum att verksamheter tenderar med tiden att formas efter de kriterier som används för granskning. Att anpassa verksamheter efter granskningskriterier kan leda till att delar av verksamheten som inte granskas, eller är svåra att granska faller bort, trots att de är väsentliga för verksamhetens funktionalitet. (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016, s.14). Jos och Tompkis betonar att det är nödvändigt att utröna och exponera de antagande som NPM vilar på, för att sedan se vilka som bör bevaras,

och vilka som bör förkastas (Jos & Tompkins 2004, s.256, 276). Vidare lyfts även kritiken att NPM är politiskt lättinfluerad. Det som åsyftas är att modellen är färgad av ekonomiska värden, något som ger incitament att anta att i en konflikt mellan sociala och ekonomiska värden kommer den sistnämnda att premieras. Kritiken utgör inte nödvändigtvis en fällande dom för NPM, dock ifrågasätts dess universaliserbarhet eftersom att den inte tycks kunna appliceras av vem som helst på vilken verksamhet som helst utan att få snedvridna resultat. Kritiken exemplifieras genom att påtala att en felanvändning av NPM inom offentlig sektor kan innebära att vissa samhällsgrupper missgynnas på grund av en relativt sämre socioekonomisk position. (Hood 1991, s.9).

2.2 Inhyrd vårdpersonal

Inhyrd vårdpersonal har ökat stadigt sedan 2010. Under 2017 från januari till och med september kostade inhyrd vårdpersonal en halv miljard kronor mer än samma tidsperiod 2016, vilket kan betraktas som en mycket omfattande ökning. Alla Sveriges landsting och regioner enades i december 2017 om att bli oberoende av inhyrd vårdpersonal innan första januari 2019, detta för att verksamheterna ska ha en stabil och varaktig bemanning. (SKL 2017) Skåne är ett av de landsting som lyckats minska kostnaderna, vilket är intressant eftersom det kan ifrågasätta hur denna minskning kan komma att påverka verksamheterna i regionen. (Grill Pettersson 2017) Utmaningar såsom pensionsavgångar, otillräcklig tillgång av vårdpersonal, åldrande befolkning och ökat vårdbehov har gjort att det finns en bemanningsbrist i Sveriges hälso- och sjukvård. Därför har mer än hälften av landstingen infört kompetensförsörjningsmodeller som ska ge bättre översikt över bemanningsbristen och öka möjligheter att prognostisera behovet. Kompetensförsörjningsmodellerna ämnar använda vårdpersonalens kompetens effektivare för att skapa nya arbetssätt för bättre arbets-miljö och förhållande. (Socialstyrelsen (1) 2017, s. 23) Detta är av betydelse för att hälso- och sjukvårdssystemet ska kunna samarbeta med alla relevanta aktörer. Kompetensförsörjningsmodellerna kräver förståelse mellan olika professioner och även kännedom om hälso- och sjukvårdens uppbyggnad. Kontinuitetens betydelse kopplas in som en av de främsta orsakerna för att ha effektiv vård.
(Socialstyrelsen (1) 2017, s. 30-31)

Socialstyrelsen publicerade 2017 Nationella Planeringsstödet (NPS) för att delvisa hjälpa hälso- och sjukvården i deras personalplanering, därav innehåller NPS statistik om hälso- och sjukvårdspersonal. Statistiken är publicerad i enskilda rapporter från oktober 2016 och visar tillgången av hälso- och sjukvårdspersonal under hela 2014. Tillgången på sjuksköterskor har ökat med en procent mellan 2009–2014 och specialistsjuksköterskor har minskat sju procent under samma tid. (Socialstyrelsen (2) 2017, s. 7) Även befolkningstillskottet har påverkat situationen genom migration, och på grund av detta har hälso- och sjukvårdskostnaderna ökat.

Därför blir tillgången på vårdpersonal mer uppmärksammad, även om procentuella tillgången på vårdpersonal inte förändrats de senaste åren. (Socialstyrelsen (2) 2017, s. 36).

2.3 Vårdkvalitet, kontinuitet och avprofessionalisering

Under 2016 publiceras SOU 2016:2, vars direktiv kom 2013, som ska belysa bland annat effektivitetsproblem och utvecklingsområden inom sjukvården. Utredningen fastställer att en av de huvudsakliga orsakerna till att effektivitetsproblem kvarstår är bland annat brist på kontinuitet inom sjukvården, även styrningen anses vara mångfaldig och splittrad. (SOU 2016:2, s.19) Utredningen konstaterar också att kontinuitet är viktigt för att spara tid och stärka kvaliteten på vården och patientsäkerheten. (SOU 2016:2,s. 34) De främsta anledningarna till att kontinuitet ska förbättras fokuserar på att inläsningstiden, överrapporteringen och det administrativa kommunikationsbehovet ska minska för att få snabbare tillit och kontakt med patienten. Det menas på att fokus inte bör ligga på administrativkommunikation, dels då det ofta leder till onödigt och tidsödande arbete, men också för att den muntliga kommunikationen tycks vara mer betydelsefull i termer av tillit. (SOU 2016:2, s. 22)

Kontinuitets aspekten fokuserar också på att bemanningen i vården ska tydligare veta vad, hur och vem som ska göra vad. Idag finns inte den kontinuiteten på grund av att den tillgängliga personalen skiljer från dag till dag. Alltså planeras vården utifrån vilka resurser som finns tillgängliga från dag till dag och situation till situation. (SOU 2016:2, s. 22) Även författarna i läkartidningen (2017;114:ETHI) menar att kontinuitet är viktig för vårdkvaliteten.

När kontinuitet finns på en vårdplats bidrar den till "ökad patienttillfredställning och bättre vårdresultat". (2017;114:ETHI, s.1) Det är vidare viktigt att nämna att även om det finns en bred enighet om begreppet kontinuitet så specificeras det i vården som "den situation när patienten känner trygghet i att alla samarbetar kring patientens problem och där god information gör vården säker och effektiv". (2017;114:ETHI, s.1)

Socialstyrelsen menar att otillräcklig personalkontinuitet är en patientsäkerhetsrisk. Återigen listas planerad vårdbemanning som en av de grundläggande anledningarna till att kontinuitet i vården ska fungera optimalt. Det upplevs svårigheter i att tillskriva någon ett helhetsansvar när faktorer som bemanningsföretag och -personal, schemaläggning efter individuella önskemål, dålig samordning mellan vårdgivare, ersättningsystemets utformning och valfrihetssystemet påverkar. Bristen i kontinuitet försvårar möjligheten för vårdpersonalen att skapa tillit i relationer med patienter och kollegor, vilket bland annat gör det mer komplicerat för vårdpersonal att ta rätt medicinska beslut för varje patient och det skapar också en otrygghet i relationen mellan kollegor. (2017;114:ETHI, s.1)

I riksrevisionens utredning från 2015:12 nämns vidare att om vårdgivarna använder sig av inhyrd vårdpersonal är det viktigt att arbeta kontinuerligt på grund av att den tillfälliga personalen bara har "tillräcklig" kunskap om arbetsplatsen. (RR2015:12, s. 69) Den visar också på att hög personalomsättning och inhyrd vårdpersonal ställer särskilda krav på att vårdgivaren planerar arbetet kontinuerligt och säkerställer tillräcklig kunskapsnivå hos den tillfälliga personalen. (RR2015:12, s104) Patientsäkerhetsarbetet cirkulerar runt att vårdarbetet organiserar sig rätt. Brister i bemanningen, möjligheten att ha "rätt person på rätt plats och fungerande teamarbete med olika professioner" påverkar patientsäkerheten. Problem som underbemanning och svårigheter att rekrytera sjuksköterskor och läkare är därför en påverkande faktor. (RR2015.12, s. 11)

Huvudaspekter av professioner inom vården återfinns i att agera i patientens bästa intresse, bibehålla en hög standard både av kunskap och moral, och vara känslig gentemot individers känslor, trosuppfattningar och andra tycken (Yoder 2017, s. 293-295). Aspekter som i stor utsträckning kan betraktas som sociala och faller därmed utanför den nyttomaximerande mätningen av vad som är nödvändigt och effektivt för verksamhetens produktivitet. HSNf :s rapport gällande motiv för privatisering menar på att privatiseringen av vården skulle tala för en ökad produktivitet då personalen skulle "bli sporrad" av konkurrensen (Costa & Brinck 2011, s.542–544). Genom att fokusera på produktivitet före kvalitet blir den allt mer omfattande avprofessionaliseringen påtaglig. Avprofessionalisering kan förstås som när professionen, alltså yrket och den etik och de ideal som följer dämpas till förmån för andra värden. När professionella värderingar hamnar i konflikt med de värderingar som granskar verksamheten tenderar den sistnämnda att ta överhand. Vilket i förlängningen innebär en avprofessionalisering av yrken och en degradering av kvaliteten på de utförda tjänsterna (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016, s.13–15).

2.4 Lex Maria

Anmälningsskyldigheten som regleras under 3 kapitlet 5 § i Patientsäkerhetslagen kan med mer vardagligt språk kallas Lex Maria. Detta är den regel som innebär att personal inom hälso- och sjukvård har en skyldighet att rapportera till vårdgivaren, alltså den ansvariga verksamheten, exempelvis en vårdcentral gällande brister i patientsäkerhet. Det som rapporteras kan vara sådant som kan utgöra en risk som kan leda till en vårdskada, och även händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra en vårdskada. Från och med 2006 ska det även göras en anmälan om patienten antingen i samband med ett vårdtillfälle eller fyra veckor efter ett vårdtillfälle begått självmord. (IVO avd. Sydöst 2017, s.2) Det är sedan upp till vårdgivaren att tillsätta en utredning för att kartlägga händelseförloppet och se till vilka faktorer som spelat roll. Om utredningen når slutsatsen att händelsen har, eller hade kunnat medföra en vårdskada ska detta anmälas till IVO senast två månader efter att händelsen har inträffat.

I Lex Maria anmälan som vårdgivaren gör till IVO ska både redan vidtagna åtgärder, och riskförebyggande åtgärder redovisas. IVO :s roll i sammanhanget är att granska och besluta om vårdgivarens utredning och åtgärder korresponderar med rådande bestämmelser. Om så är faller avslutar IVO ärendet, om inte öppnar IVO ett så kallat initiativärende som innebär att myndigheten gör en egen utredning på Lex Maria anmälan följt av förslag på åtgärder. (IVO (1) 2017) Det ligger även på IVO :s ansvar att följa upp anmälningarna och se huruvida de listade åtgärderna blivit verkställda. Värt att ha i åtanke är att IVO :s besök är föranmälda, sker i olika stor utsträckning och kan antas variera något beroende på vem som utför tillsynen, något som kan ha en inverkan på i vilken utsträckning åtgärder utförs och bedöms vara uppfyllda. (IVO avd. Sydöst 2017, s.4) Granskningen är varierad eftersom den bedöms subjektivt och därför kan kontinuitet betraktas saknas även här. Det är alltså alltid vårdgivare och inte vårdtagare som gör anmälan, privatpersoner ges istället möjlighet att lämna tips eller anmäla klagomål till bland annat IVO och patientnämnden. (IVO (2) 2017)

Antalet Lex Maria anmälningar i hela Sverige har ökat (IVO (3) 2017). Vilka bakomliggande faktorer som motiverar ökningen är svåra att fastställa, dock kan det spekuleras kring att ett ökat fokus på patientsäkerhet och digitaliseringen av Lex Maria anmälan under sommaren 2017 som potentiellt bidragande faktorer. Tanken att digitaliseringen av anmälan ska förenkla anmälningsprocessen tycks skapa antagandet att anmälningar sker i större utsträckning. (Cederberg 2017) Dock saknar digitaliseringen empiriska belägg eftersom den endast funnits så kort tid. Trots en allmän ökning av anmälningar visar en granskning gjord av Dagens Nyheter att privata aktörer gör mindre Lex Maria anmälningar jämfört med primärvården. I granskningen ska verksamhetstyp, län och utförare ha vägts in, och den har nått slutsatsen att mönstret talar för en underrapportering inom privat vård. Eftersom att privatiseringen av vården ökar kan detta mönster tolkas som dåligt. (Andersson 2016) Primärvården och akutsjukvård tycks istället vara områden där Lex Marior sker i större utsträckning, och då främst som en följd av feldiagnostisering. Studien menar då på att flödet av patienter kombinerat med bristande kompetens, kommunikation, tid, kontinuitet, ekonomi och personal föranleder en riskerad patientsäkerhet som mynnar ut i Lex Marior. (Fernholm & Björgell 2017)

Huruvida ökningen av Lex Maria anmälningar kan härledas till förvaltningens struktur är inte självklart, möjligtvis kan fokusen på patientsäkerheten ökat, snarare än minskat och då medfört en ökad benägenhet att anmäla. Vidare kan det spekuleras i om detta fokus är ett resultat av förvaltningens inkorporering av NPM och granskningssamhället eller om det har rötter på andra ställen.

3 Teori- kategorisering av New Public Management

Nedan presenteras undersökningens teoretiska ramverk som vilar på Christopher Hoods perspektiv på NPM. Christopher Hood publicerade 1991 en vetenskaplig artikel under sin tid som professor vid London School of Economics vid namn *A Public Management for All Seasons*. Där presenterar han sin tolkning av vad NPM är, och hur det kan förstås genom trender och doktriner, han bemöter även kritik som riktas mot NPM.

Hood identifierar fyra så kallade megatrender inom administration som ter sig nära sammankopplade med etableringen av NPM nämligen;

1. Att sakta ner tillväxten av den offentliga verksamheten, åsyftande utgifter och bemanning.

2. Skift från offentliga institutioner mot privatisering med en betoning på subsidiaritet i tillhandahållandet av service.

3. Utveckling av automatisering i termer av informationsteknologi, produktion och distribution av offentliga tjänster.

4. Utveckla en mer internationell agenda med ett ökat fokus på generella problem inom offentlig förvaltning, design av policy, metoder för beslutsfattande och mellanstatliga samarbeten ovanpå tidigare traditioner kring enskilda länders specialisering av offentlig förvaltning. (Hood 1991, s.3)

Dessa trender har haft olika genomslag inom olika administrativa system. Även om trenderna listas som en följd av NPM bör man ha i åtanke att de inte nödvändigtvis samvarierar. Uppkomsten av NPM skapade en debatt om hur rörelsen skulle föreställas, förstås och förklaras. Frågan som Hood lyfter är om NPM som förvaltningsmodell är applicerbar på ett allomfattande plan eller om uppfattningen av modellen är för snäv. (Hood 1991, s.4)

Hood listar vidare sju doktriner som han menar på utgör centrala delar av hur NPM ska föreställas, förstås och förklaras. Förekomsten av doktrinerna varierar från fall till fall och är inte nödvändigtvis metodiska eftersom de kan härledas till olika vetenskapliga ursprung. (Hood 1991, s.4) Doktrinerna som Hood presenterar är följande:

1. Detaljstyrning inom offentlig sektor

Ledningen kontrollerar verksamheten aktivt, synligt och godtyckligt. För att kunna utkräva ansvar är det nödvändigt att det finns tydliga ansvarsområden och åtgärdsplaner.

2. Explicita standarder och mått på prestation
Definitioner av mål och framgångsindikatorer, företrädelsevis uttryckta i mätbara termer. Ansvarsutkrävande nödvändiggör tydligt uttalade mål.

3. Större betoning på kontroller av output
Fokusera på resultat före procedurer. Upplösa den centraliserade byråkratin som omfattar personaladministration och samordna allokeringen av resurser och belöning med prestationsmått.

4. Skift mot upplösning av enheter inom offentlig sektor
Upplösning av formellt stängda enheter inom offentlig sektor. Skapa mindre mer hanterbara enheter och premiera effektivitetsfördelar genom decentralisering och utkontraktering.

5. Skift mot ökad konkurrens inom offentlig sektor
Flytt till terminskontrakt och offentlig upphandling. Användning av rivalitet och konkurrens för att sänka kostnader och höja standarder.

6. Framhålla den privata sektorn som styrningsideal
Skift från offentligservice etik mot ökad flexibilitet i anställning och belöning. Användning av ”erkända” styrningsverktyg från den privata sektorn i den offentliga.

7. Framhålla återhållsamhet i användningen av resurser
Skära direkta kostnader, öka arbetsdisciplinen, motstå fackliga krav. Se till efterfrågan av resurser och göra mer med mindre.

NPM kan, som Bringselius påtalar, inte förklaras med ett enkelt penseldrag. Bredden av Hoods teori och presentationen av doktriner underbygger Bringselius påstående. NPM bör istället förstås som ett paraplybegrepp i den mening att flera olika företeelser kan kategoriseras under begreppet. NPM kan med fördel betraktas ur ett tratt-perspektiv, där man inledningsvis ser till grundantagande för förvaltningsmodellen, följt av identifierade megatrender och till sist, Hoods doktriner som utgör teorin som vi kommer att använda oss av i denna undersökning. Givet den mångfacetterade karaktären av doktrinerna kommer vi främst att använda oss av doktrin (2) Explicita standarder och mått på prestation, doktrin (3) Större betoning på kontroller av output, och doktrin (4) Skift mot upplösning av enheter inom offentlig sektor, eftersom att de är mest applicerbara på de centrala delarna i vår undersökning.

Doktrin 2: Explicita standarder och mått på prestation.
Denna del av Hoods teori betonar vikten av att ha explicita standarder genom tydligt definierade mål, och mått på prestation som indikatorer på fram- eller tillbakagång. Den tolkning som görs går ut på att för att kunna tillskriva någon ansvar, alternativt utkräva ansvar är det nödvändigt att det finns tydligt definierade mål, något som görs med hjälp av explicita standarder för verksamheten. Det ska alltså vara tydligt

vad som förväntas genom målbilder. Mått på prestation utgör en central del då det indikerar om verksamheten och eller dess tjänstemän gör bra ifrån sig eller inte. Tecken på fram-eller tillbakagång fungerar som en typ av avstämning för att se i vilken riktning verksamheten rör sig. Doktrinen betonar att dessa standarder och prestationsmått företrädelsevis bör vara kvantifierbara, eller åtminstone jämförbara. Formuleringen av doktrinen är generell för att kunna anpassas till verksamheter i större utsträckning, den ställer sig därför okänslig gentemot specifika problemområden inom specifika verksamheter.

Ett verklighetsförankrat exempel på doktrinen går att återfinna i Lex Maria. Målbilden som framställs handlar om patientsäkerhet och måttet på prestation kan sägas utgöras av antalet anmälningar. Dock bör man ta hänsyn till att ett ökat antal anmälningar kan vara ett resultat av både en ökad och minskad patientsäkerhet. Det är svårt att hitta en verklighet där teori och praktik fungerar som perfekta komplement för att förklara en företeelse. Istället bör teorin användas som ett verktyg för att försöka förstå verkligheten snarare än försöka kringskära verkligheten så att den passar teorin.

Doktrin 3: Större betoning på kontroller av output

Tolkningen som görs av denna doktrin mynnar ut i att man bör fokusera på output före procedurer, det viktiga är alltså inte hur saker och ting går till, utan snarare själva slutresultatet. Hood menar på att man bör bryta upp den centraliserade byråkratin som omfattar personaladministration och samordna allokeringen av resurser och belöning med prestationsmått. Det ska löna sig att prestera på ett sådant sätt att det syns genom output, prestationer som föranleder resultat belönas och premieras bland annat genom allokeringen av resurser. Alltså, om du är produktiv kommer du att belönas med en ökad tillgång till resurser.

Den tredje doktrinen kommer i vår undersökning illustreras empiriskt med hjälp av avprofessionalisering av vårdpersonal. Vi anser att doktrinen är passande eftersom att tidigare studier på ämnet om avprofessionalisering hävdar att fokusen på produktivitet före kvalitet har föranlett en brytning i relationen mellan staten och professioner (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016, s.13-15). Då doktrinen tycks uppmuntra ett fokus på output före procedur betraktar vi denna delen av doktrinen som högst relevant för vår undersökning.

Doktrin 4: Skift mot upplösning av enheter inom offentlig sektor

Det som åsyftas med denna doktrin handlar om att offentlig sektor som en stor enhet hade kunnat vara mer lätthanterad om den decentraliserades och istället bestod av flera mindre enheter bundna kring specifika ansvarsområden. Hood menar på att om ansvaret är decentraliserat och folk interagerar på armslängd blir enheter mer hanterbara och därmed mer effektiva. Istället för att ha en stor enhet där flertalet uppgifter och intressen cirkulerar är det mer fördelaktigt att separera dessa och dela in i mindre enheter. Hood påtalar att kontraktering, även utanför den offentliga sektorn kan vara att föredra eftersom att de kan leda till effektivitetsfördelar som är svåra att uppnå inom en stor offentlig sektor. Det är värt att ha i åtanke, som tidigare nämnt, att teorin erbjuder endast ett ramverk och är ingen exakt vetenskap för hur saker och ting kommer utspela sig i verkligheten.

I denna uppsats kommer den fjärde doktrinen exemplifieras genom inhyrda sjuksköterskor. Resonemanget vilar på att det är i bakgrund av NPM, och Hoods fjärde doktrin som utbredningen av privatisering och utkontraktering av offentliga tjänster har skett och i förlängningen skapat en marknad för så kallad hyrbar personal. I fallet med inhyrd vårdpersonal kan de snarare betraktas som ekonomiskt ogynnsamt före effektivt. Trots att fallet i praktiken inte motsvarar teorin rakt av eftersom att utkontrakteringen av vårdtjänster inte tycks leda till varken ekonomiska- eller efffektivitetsfördelar är vi ändå benägna att hävda att den fjärde doktrinen är kompatibel med inhyrd vårdpersonal och därmed relevant för vår undersökning.

4 Material och Metod

4.1 Material

Denna studie ämnar undersöka om det finns ett samband mellan Lex Maria och inhyrda sjuksköterskor. Uppsatsen vill se och försöka förklara om och i så fall varför inhyrda sjuksköterskor påverkar antalet Lex Maria anmälningar. Data om de två populationerna har samlats över 3 år, för att observera hur dessa samverkat under en längre tid. Vi har hämtat våra empiriska observationer systematiskt vilket utgör en rimlig utgångspunkt för att kunna resonera om vad som kan vara bakomliggande orsaker. För att få den normala kausala ordningen mellan populationerna har tidigare forskning såsom teoretiska utgångspunkter och erfarenheter inom samma område använts. (Esaiasson m.fl.
2012, s.68-69)

Det material som utgör kärnan i studien kan kategoriseras i två huvudgrupper, statistik över kostnader för inhyrda sjuksköterskor och statistik över antalet Lex Maria anmälningar inom SUS. Genom att fokusera på det som går att kvantifiera, alltså kostnader och anmälningar hoppas vi kunna se huruvida datan samvarierar eller inte, och förhoppningsvis kunna besvara vår fråga mer välgrundat. Datan, som är hämtad från Region Skåne korresponderar väl med de kriterier för källkritik som listas av Esaiasson m.fl. - äkthet, oberoende, samtidighet och tendens. Datan vi har tagit del av kommer både från Region Skånes hemsida (Lex Maria), och från deras HR-avdelning (inhyrda sjuksköterskor), något som gör oss obenägna att tvivla på dess äkthet. Vi betraktar kriteriet för oberoende som uppfyllt, framförallt för att källorna är primära. Möjligheten att bekräfta statistiken, samt berättarens grad av oberoende skulle kunna ifrågasättas om det inte var för materialets offentliga natur. Skulle datan vara felaktig står vi inför större problem än en missvisande studie. Givet att den data som används i studien omfattar år 2015–2017 är även kriteriet för samtidighet uppfyllt. Sannolikheten att tendensen, alltså källan till materialets intresse att återge en viss bild skulle vara annat än sanningsenlig bedömer vi i vårt fall vara långsökt, återigen med hänvisning till datans offentliga natur. (Esaiasson m.fl. 2012, s. 279–285)

Vi använder oss även av andra publikationer bland annat tidigare studier och nyhetsartiklar, då främst i vår analys. Merparten av dessa publikationer kan betraktas som sekundärt material och används därför främst som material att resonera kring. Statistiken över kostnader för inhyrda sjuksköterskor och Lex Maria anmälningar kommer att sammanställas och presenteras i resultatavsnittet, och där med Region Skåne som referenspunkt.

4.2 Avgränsningar

När vi började undersöka området och den statistik om inhyrd vårdpersonal som fanns tillgänglig för allmänheten visade det sig vara mycket litet, därför har vi valt att kontakta IVO, hälso-sjukvårdsnämnden, privata bemanningsföretag, SCB, Kommunal, Vårdförbundet, Region Skåne, SKL och SUS. Av alla dessa kontakter har bara Vårdförbundet, Region Skåne och SUS kunnat ge oss relevant statistik. Detta är häpnadsväckande eftersom att inhyrda sjuksköterskor under de senaste åren har vuxit i antal och är en del av offentlig verksamhet och information angående dessa borde därför vara tillgänglig för allmänheten. Vi har valt att se till sjuksköterskor eftersom att det i huvudsak är denna yrkesgruppen som blir inhyrd. Vi har också valt att avgränsa oss till Skånes Universitetssjukhus, det område som går under benämningen SUS, framförallt för att vi i så stor utsträckning som möjligt vill undvika generaliseringar som lätt kan uppstå vid undersökning av större område.

Statistik angående Lex Maria anmälningar har varit lättåtkomligt eftersom både IVO och Region Skåne har publicerat dessa anmälningar sedan 2013. Vi påträffade en stor skillnad mellan statistiken som IVO och Region Skåne förde, vi ifrågasatte detta och fick som svar att Region Skåne inte publicerar alla Lex Maria anmälningar, dels på grund av att det i vissa fall handlar om känslig information såsom självmord och i andra fall på grund av administrativa missar. Vi valde ändå att endast använda oss av data från Region Skåne, främst för att statistiken som IVO förde gällde hela Skåne län och blev därför för bred för vår studie. Även om det förekommer ett oklart mörkertal av Lex Maria anmälningar publicerade av Region Skåne ansåg vi att det var bättre att hämta alla statistik från samma källa då mörkertalet kan antas drabba både SUS och Region Skåne i någorlunda samma utsträckning. Vi har valt att fokusera på tidsperioden januari 2015 till oktober 2017, främst på grund av den påstådda uppåtgående trenden både hos kostnaden av inhyrda sjuksköterskor och anmälningar hos Lex Maria den senaste tiden. Vi kommer endast att se till antalet Lex Maria anmälningar, och inte följa upp i vilken utsträckning som beslut verkställts eftersom vi anser att det är själva anmälan i sig som är intressant i sammanhanget. Vi är medvetna om att det kan förekomma mörkertal i saker som inte mäts och en variation mellan privat och offentlig verksamhet. Detta ser vi inte som en fällande dom för materialet, utan snarare något som vi bör ta hänsyn till under studiens gång.

Avslutningsvis är vi medvetna om att våra personliga uppfattningar och tolkningar av materialet, samhället och ideologier färgar denna uppsats i viss utsträckning, något som är ofrånkomligt.

4.3 Metod

Vi har använt oss av en strukturerad fallstudiemetod som grund och sedan anpassat den till vår uppsats för att undersöka fallet huruvida NPM är gynnande eller missgynnande för kvaliteten i vården. Undersökningens populationer utgjordes av inhyrda sjuksköterskor och Lex Maria anmälningar. Utifrån dessa populationer gjordes ett strategiskt urval där vi begränsade oss till området SUS eftersom att vi vill få en merförståelse med hjälp av få antal fall, för att sedan kunna säga något mer generellt om helheten (Esaiasson m.fl. 2012, s.156–157, 159).

Undersökningen har använt sig av ett fall för att knyta an till etablerad teoriprövning och begrepp, detta fall blir potentiellt komparativt med andra undersökningar som utgått från samma teori och metod.
Om data på Lex Maria och kostnadsstatistik för inhyrda sjuksköterskor visar sig variera på så sätt som vår teori visar att det kan göra, kan studien dra slutsatsen att den gett empiriskt stöd till vår hypotes. (Esaiasson m.fl. 2012, s.96) Metoden är potentiellt teoriutvecklande eftersom vi har hittat förklaringsfaktorer som kan visa på att det finns ett samband mellan Lex Maria anmälningar och inhyrda sjuksköterskor. (Esaiasson m.fl. 2012, s.112) Datan från en given uppsättning har använts för att "konstruera en förklaring till varför det blev som det blev" (Esaiasson m.fl. 2012, s. 113).

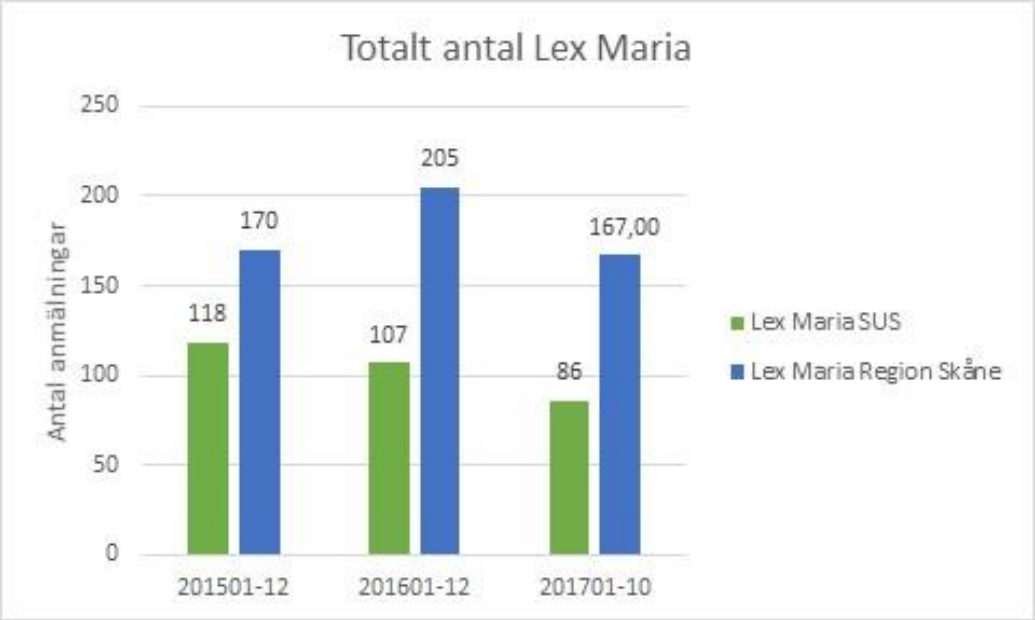
4.3.1 Lex Maria som kvalitetsmått

Måttet som undersökningen har använt för vårdkvalitet utgörs av Lex Maria anmälningar. Huruvida detta mått kan betraktas som optimalt kan ifrågasättas, på grund av detta kommer både för-och nackdelar med måttet lyftas.
Nackdelar med Lex Maria kan återfinnas i att anmälningarna som görs i någon utsträckning är subjektiva vilket kan betyda att anmälningarna varierar. Det är också svårt att uttyda vad som är ett bra och vad som är ett dåligt resultat, innebär färre Lex Maria anmälningar högre patientsäkerhet? Eller innebär det att vårdenheter är mindre benägna att anmäla? Det är därför oklart om det är önskvärt i termer av patientsäkerhet att ha många eller få Lex Maria anmälningar. Denna uppsats har valt att se få anmälningar som något positivt åsyftade patientsäkerhet och vårdkvalitet. Detta eftersom Lex Maria anmälningarna som gransknings struktur är ett väletablerat och standardiserat mått som har funnit under en lång tid, det finns alltså ingen anledning till att tro att faktorer som inlärningstid av systemet skulle påverkar resultatet. Eftersom Lex Maria anmälningar rapporteras efter vissa riktlinjer finns det också anledning att anta att en viss standard hålls. Vi har valt att operationalisera vårdkvalitet genom Lex Maria på grund av att anmälningarna ser till patientsäkerhet, vilket är grundläggande för att vårdkvalitet som helhet ska anses legitim.

5 Resultat och Analys

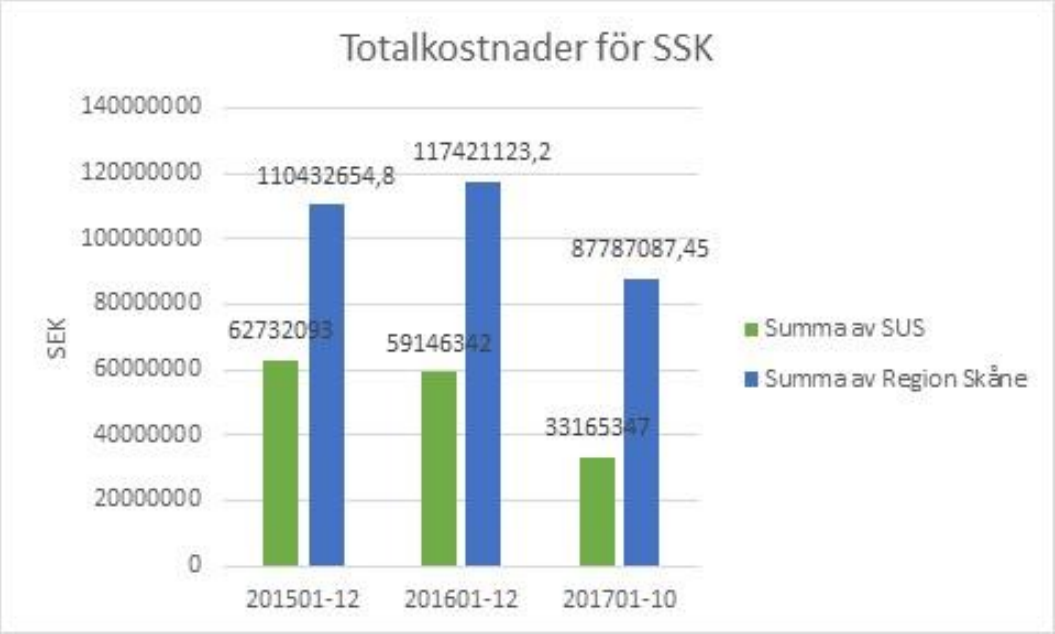
5.1 Resultat

Här presenteras och analyseras den data över inhyrda sjuksköterskor och Lex Maria anmälningar som vi har samlat för vår undersökning. Datan presenteras i ett stapeldiagram med Region Skåne som referenspunkt, för att få en relativ uppfattning om hur det ser ut i verkligheten.



Graf 1. beskriver Lex Maria anmälningar under 2015, 2016 och 2017 januari till och med oktober. (Region Skåne, 2017)

Det går att utläsa en vagt nedåtgående trend av Lex Maria anmälningar i SUS för tidsperioden. Datan kan med fördel betraktas som känslig med hänsyn till bakomliggande variabler i form av bland annat befolkningsökning och ett annat vårdfokus.



Graf 2. Beskriver kostnad för inhyrda sjuksköterskor på SUS under 2015, 2016 och 2017 januari till och med oktober. (HR- avdelningen Region Skåne)

Datan ovan visar att SUS kostnader för inhyrda sjuksköterskor har minskat mellan 2015 och 2016, och även mellan 2016 och 2017.

Vår hypotes är att ett ökat antal inhyrda sjuksköterskor leder till sämre vårdkvalitet, utifrån den statistik som vi har lyckats få tag i kan hypotesen varken verifieras eller falsifieras. Vårt antagande om hur det ser ut i verkligenheten är påverkat av att resultatet i graferna inte kan säga tillräckligt om sambandet eftersom att mer statistik hade behövts. Resultatet kan därför bero på en slump men eftersom båda Lex Maria anmälningar och inhyrda sjuksköterskor tenderar att minska under samma tidsperiod för SUS pekar inte resultatet på motsatsen till vår hypotes. Detta kan bero på att vi inte fick tillgång till statistik över fler år. Även värt att beakta är att datumen för insamlad data då 2015 och 2016 inkluderar data för hela året, medan 2017 endast presenterar data från januari till oktober. Antalet Lex Maria anmälningar påverkas av ett mörkertal som innefattar samanmälningar med andra vårdenheter, känsliga anmälningar som inte publicerats och oklarheter i var anmälan kan härledas. Hade denna information funnits hade den kunnat styrka vår hypotes. Dock är detta endast en spekulation och behöver inte ha något sanningsvärde.

5.2 Analys

Frågan som undersökningen hade som mål att besvara är om *NPM i form av inhyrda sjuksköterskor är gynnande eller missgynnande för kvaliteten i vården?* Och vår hypotes var att *NPM i form av inhyrda sjuksköterskor leder till en sämre vårdkvalitet*. Vårt resultat kunde varken verifiera eller falsifiera vår hypotes. Dock finns det ändå anledning till att tro att det finns ett samband som undersökningen inte lyckades visa genom våra populationer. Detta eftersom förhållandet mellan inhyrda sjuksköterskor och Lex Maria anmälningar påverkas högst troligt av bakomliggande variabler som är svåra att detektera och mäta utifrån uppsatsen omfattning. Vi är inte under uppfattningen att det endast är två variabler som påverkar vår frågeställning, det finns en mängd olika variabler som har effekt på vårt samband. Vi anser oss ändå se ett värde i att försöka förklara och visa på komplexiteten i sambandet mellan inhyrda sjuksköterskor och Lex Maria anmälningar.

Utifrån vår teoris fjärde doktrin finns det anledning till att se inhyrda sjuksköterskor som ett fall av NPM inom vårdsektorn. Doktrinen syftar till att verksamheter blir mer hanterbara och därmed mer effektiva när de är små till sin storlek eftersom ansvaret är lokalt istället för statligt och ska själva kunna fokusera på de frågor som är relevanta för just den specifika delen av verksamheten. Ett exempel på detta är att utkontraktera ansvar till inhyrda bemanningsföretag. Doktrinen vill visa på att denna struktur ska vara gynnsam för verksamheters effektivitet och därmed utflöde.

Tidigare forskning, som nämnts under denna studies bakgrundskapitel, kan antyda att teorins förutsägelser inte är sann inom vårdsektorn eftersom inhyrda sjuksköterskor tycks ha negativ inverkan på verksamhetens ekonomi och kvalitet på vården. Detta eftersom kontinuiteten bryts då inhyrda sjuksköterskor med otillräcklig kunskap om verksamheten förekommer. Det skapar krav på vårdgivaren att planera arbetet efter den kompetens som finns och försöka säkerställa tillräcklig kunskapsnivå hos den tillfälliga personalen, en rutin som ofta inte existerar (RR2015:12, s104). Kontinuitet bygger på att bemanningen i en verksamhet kan planeras långsiktigt, att det finns tillit mellan kollegor och att rätt personal kan befinna sig på rätt position, vid rätt tillfälle (RR2015.12, s. 11). På de kliniker eller verksamheter som personalomsättningen är hög finns möjligheten att planera vårdpersonalen inte i samma utsträckning då den tillgängliga personalen skiljer sig från dag till dag. Vilket leder till att vårdpersonalen inte har kännedom om verksamheten och dess patienter (SOU 2016:2, s. 22). Vidare leder det till en mer komplicerad struktur som är otrygg för vårdpersonal eftersom det blir svårare ta rätt medicinskt beslut för varje patient (2017;114: ETHI, s.1). Eftersom kontinuitet är tydligt kopplat med ökad patienttillfredställning och bättre vårdresultat finns det därför anledning att tro att inhyrda sjuksköterskor påverkar kvaliteten på vården i form av Lex Maria anmälningar negativt.

Med andra ord om en inhyrd sjuksköterska är ny på en vårdavdelning saknas erfarenhet och kunskap gällande verksamhetens rutiner och patienter men också tilliten till kollegor vilket gör att samarbeten försvåras. För att patientens vård ska

betraktas vara kontinuerlig ska patienten känna trygghet i att alla samarbetar kring dennes problem och ha tillgång till god information. Detta ska göra vården säker och effektiv. När inhyrd vårdpersonal finns i större utsträckning är det svårt att ha tillräcklig information om varje patients fall, vilket leder till att patientsäkerheten minskar som i sin tur kan leda till att misstag görs. När dessa misstag görs rapporteras de i Lex Maria anmälningar.

För att hälso- och sjukvården ska kunna sänka kostnader och höja standards är det därför viktigt att försöka styra vården mot kontinuitet. Den klassiska NPM teorin om att ha ett system som ”lönar sig” då ett visst mål uppnås skulle kunna användas i de fall som saknar kontinuerliga system. Då skulle till exempel låg personalomsättning kunna belönas eftersom det är en förutsättning för kontinuitet. Det är här viktigt att se till de faktorer som får personal att lämna arbetsplatser och försöka säkerställa god arbetsmiljö och tydlig struktur. (SOU2016:2, s.542–543)

Det är rimligt att kostnaderna över inhyrd vårdpersonal har minskat eftersom det är mycket ogynnsamt för ekonomin och har en negativ inverkan på kontinuiteten och som i sin tur kan tänkas påverka vårdkvaliteten. Eftersom Lex Maria anmälningarna minskar under samma period som kostnaderna för inhyrd vårdpersonal avtar kan detta möjligtvis tolkas som om att en faktor till minskad vårdkvalitet är inhyrd vårdpersonal. Om kontinuiteten minskar då det finns mer inhyrd vårdpersonal kan motsatt förhållande antas existera, alltså, om inhyrd vårdpersonal minskar ökar kontinuiteten, något som tidigare forskning menar på är positivt för patientsäkerheten.

Enligt vår teoris tredje doktrin betonas kontroll av output och belöning bundet till prestationsmått, och resultat före procedurer. Detta gör det svårt för inhyrda sjuksköterskor som inte har tillräcklig kännedom om verksamheten och dess patienter att uppfylla professionsenliga krav. Eftersom fokus har skiftat till output och effektivitetsvärden såsom produktion, kompromissas de sociala och professionella värden som är centrala inom vårdsektorn. Vilket inte bara innebär att vårdpersonalen måste nöja sig med att göra ett otillräckligt arbete, men också att det socialt känsliga förhållandet med patienten inte kan upprätthållas på ett önskvärt sätt. Det är när det uppstår en kompromiss mellan kvalitet och produktivitet som den sistnämnda ofta prioriteras och leder till en avprofessionalisering av sjukvården och en sämre kvalitet av vårdtjänster. Privatisering av vård och närvaron av inhyrd vårdpersonal kan också tänkas påverka arbetsmoralen hos de ordinarie anställda inom vården eftersom möjligheten och förutsättningen att göra ett bra jobb blir svårare men också ofta till en lägre lön jämfört med den inhyrda vårdpersonalen. Förhållandet mellan den inhyrda vårdpersonalen och den ordinarie vårdpersonalen är högst relevant att se till eftersom konkurrensen mellan de två grupperna är enligt NPM:s teorier tänkta att sporra varandra men kan tyckas resultera i en avprofessionalisering och minskad arbetsmoral istället. Detta mer generella förhållande är mycket relevant att se till och nämna, men är inte denna undersökningens fokus.

Med utgångspunkt i Hoods andra doktrin betonas vikten av prestationsmått, man använder sig alltså av mått på prestation för att kunna bedöma om verksamheten är

framgångsrik eller inte. Dessa mått, i kombination med explicita standarder genom tydligt definierade mål ska fungera som verktyg för att kunna upprätthålla en kvalitativ verksamhet och kunna härleda ansvarsutkrävande.

Denna del av teorin visar på att ett granskningssamhälle är positivt och värt att eftersträva, i vårt fall tar doktrinen empiriskt avstamp inom vården genom Lex Maria. Förståelsen av granskningssamhället kan anses vara bra, inte minst eftersom att en transparent struktur är lättare att bevaka. Det faktum att myndigheter såsom IVO existerar utöver regler som Lex Maria talar för att granskning, både internt och externt är betydelsefullt och kanske även nödvändigt i ett samhälle som präglas av allt mer privatisering och utkontraktering av offentliga tjänster. Att resultat och sammanställningar av dessa granskningar är lättåtkomligt korresponderar väl med offentlighetsprincipen, det antas finnas ett värde i att allmänheten får ta del offentliga angelägenheter, såsom patientsäkerhet och vårdkvalitet. En uppsida med etableringen av granskningsorgan är att de skapar arbetstillfällen genom bland annat inrättandet av myndigheter som IVO, samt ett allmänt ökat kvalitetstänk inom verksamheter som ställs inför granskning. Det ligger nära till hands att anta att verksamheter som granskas i större utsträckning är benägna att upprätthålla en viss standard och utföra förbättringsåtgärder inom verksamheten. Granskningssamhället möter emellertid kritik som att granskning kan uppfattas som motverkande och att föreställningen om kostnadseffektivitet och målstyrning som centralt istället blir komprimerat och långt ifrån kostnadsfritt. Det socioekonomiska måttet på granskningssamhället är komplext och ger ingen entydig lösning på en optimal avvägning mellan granskning och inte granskning.

Ett genomgående hinder för granskningsfunktioner är att endast det som kan mätas mäts som en följd av svårigheten att utvärdera och sätta ett kvantitativt mått på tjänster. Lex Maria kan därför ifrågasättas utifrån att de "fel" i vården som anmäls ofta är påverkade av en rad faktorer som inte kan mätas. När "fel" begås inom vården kan detta bero på bland annat otillräcklig personal, erfarenhet eller kunskap, när sedan Lex Maria anmälningen ska göras är det svårt att fastställa vilken faktor som ska anges vara grunden till "felet". Vilket kan visa en skev bild av den situation som anmälts. Lex Maria som ett mått på kvalitet av vården kan därför anses ha validitetsproblem. Ett exempel som kan visa denna bild är vårdpersonalens tid för patienter och utförandet av de uppgifter som vårdpersonalen har inför varje möte och situation med patienter. När vårdpersonal har tillräcklig tid och inte känner sig stressad finns det större chans att vårdpersonalen gör sitt arbete rätt, men om vårdpersonal är stressad finns det större chans att mötet med patienten blir "otillräckligt" enligt de rutiner som finns. Finns det rutiner, tid, tillräcklig och erfaren personal kan det tala för att vårdpersonal gör ett bättre arbete i termer av kvalitativ vård, till skillnad från om det råder brist på rutiner, tid och bemanning (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016, s.13).

En annan kritik som presenteras menar på att verksamheter riskeras att formas efter granskningskriterier (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016, s.14). Givet att Lex Maria är ett mått som innefattar både sådant som har, och hade kunnat innefatta en vårdskada är kritiken inte exakt. Det som däremot är värt att beakta är uppföljningen av Lex Marior, något som tenderar att innebära att åtgärder vidtas i större utsträckning som ett resultat av granskningssamhället (IVO avd. Sydöst 2017, s.4).

Då professionella ideal och den etik som ska styra vården påverkas av NPM-värden såsom produktivitet ligger det nära till hands att ställa frågan om Lex Maria är ett bra mått på kvalitet och patientsäkerhet?

Vidare kan en spekulera i vad anmälningarna betyder, innebär en ökning att fler fel begås, eller att fokus på patientsäkerheten ökat, eller att det numera är lättare att göra en Lex Maria anmälan? Betyder en minskning att det begås färre misstag eller att fel inte anmäls? Det kan vara så att Lex Maria som en följd av granskningssamhället är nödvändig för sociala verksamheter såsom vården. Givet en ökad privatisering är Lex Maria ett allomfattande mått som ter sig fördelaktigt för att bibehålla en viss standard inom vården, offentlig som privat.

Kan då NPM i form av inhyrda sjuksköterskor betraktas som gynnande eller missgynnande för kvaliteten i vården? Analysen som gjorts ovan lyfter både föroch nackdelar med NPM inom vårdsektorn. Det går att argumentera för att teorin är gynnande inom vissa områden, och missgynnande inom andra. Om man ser till inhyrda sjuksköterskor kan det i stor utsträckning betraktas som missgynnande, både ur ekonomisk synvinkel, och ur en kontinuitets aspekt. Den inhyrda vårdpersonalen förekommer eftersom att det råder brist på personal, inte för att det är gynnsamt, något som går emot den fjärde doktrinen som förespråkar utkontraktering om det är gynnsamt. Trots detta kan inhyrda sjuksköterskor betraktas som ett fall av NPM, och vidare ett missgynnsamt sådant. Utöver den ekonomiska aspekten utgör inhyrda sjuksköterskor även en del av det påtalade kontinuitetsproblemet. Det är genom bristande kontinuitet, då åsyftande bemanning i största utsträckning som patientsäkerheten, och därmed vårdkvaliteten försämras. Man kan därför argumentera för att inhyrda sjuksköterskor, som ett fall av NPM är missgynnande för kvaliteten i vården i dagsläget. Dock vet man inte om inhyrda sjuksköterskor alltid kommer kunna betraktas som missgynnande för vårdkvaliteten. Det är vanligt att förvaltningar anpassar sig med tiden när de vet hur de ska hantera "problem" som uppstår. Biverkningar av inhyrda sjuksköterskor kan tänkas avhjälpas genom utvecklandet av nya rutiner eller metoder. Poängen som görs är att förvaltningar anpassar sig, och att saker som kan utgöra ett problem idag, inte nödvändigtvis gör det imorgon.

Den tredje doktrinen som påtalar ett större fokus på output har föranlett en brytning i relationen mellan staten och yrken, med ett fokus på produktivitet före kvalitet har avprofessionalisering av yrken blivit allt mer förekommande. Även denna del av NPM kan betraktas som missgynnade för kvaliteten i vården.

Till sist är det värt att belysa att NPM inte nödvändigtvis har en ensidigt negativ inverkan på vården och dess kvalitet. Lex Maria-regeln är förvisso inte ett resultat av NPM, men kan ändå betraktas vara ett fall av det eftersom att Lex Maria motsvarar explicita standarder genom tydligt definierade mål i patientsäkerhet. Det är svårt att se en nedsida i att upprätthålla standard och kvalitet. Däremot kan man ifrågasätta om Lex Maria anmälningar är ett optimalt mått, och om det mäts på rätt sätt, men själva förekomsten av måttet kan betraktas som positivt. Lex Maria som ett fall av NPM kan, i vår åsikt betraktas som gynnande för kvaliteten i vården.

6 Slutsats och slutdiskussion

Lex Maria som ett fall av NPM kan, i vår åsikt betraktas som gynnande för kvaliteten i vården. Vår uppsats syfte har varit att studera om NPM i form av inhyrd vårdpersonal leder till sämre kvalitet i vården, detta gav frågan *Är NPM i form av inhyrda sjuksköterskor gynnande eller missgynnande för kvaliteten i vården?* Det statistiska resultatet som vi kommit fram till visar på att det finns ett svagt samband mellan antal Lex Maria anmälningar och kostnad för inhyrda sjuksköterskor på SUS. Eftersom att båda populationer har visat en nedåtgående trend sedan 2015 kan det tolkas som om det finns ett samband men att förhållandet mellan dem påverkas av flertalet andra variabler som skulle kunna vara anledningen till att det skett en minskning av de båda. Man bör alltså vara försiktig när man talar om samband i fall som detta då det finns en möjlighet att det svaga samband som går att utläsa kan vara ett skensamband. Vi kan därför inte säkert fastslå att sambandet finns men det pekar inte åt motsatt håll. På grund av detta kan vår hypotes varken falsifieras eller verifieras, det skulle krävas mer statistik för att kunna göra ett sådant påstående. Det är viktigt att detta resultat ses tillsammans med denna uppsatsens analytiska del eftersom det statistiska resultatet ensamt inte är tillräckligt för att se hur NPM är gynnande eller missgynnande för vården. Eftersom vårdens verksamhet är så komplex och mångdimensionell i form av bland annat kontinuitet, moral, kunskap och resurser finns det stor anledning att se denna uppsatsens slutsats i form av både det statistiska och analytiska resultatet. Vår analys och tidigare forskning visar att NPM i form av inhyrd vårdpersonal leder till sämre förutsättningar för all personal att upprätthålla vårdens kvalitet, vilket svarar på vår fråga. NPM i form av inhyrd vårdpersonal är alltså missgynnande för kvaliteten i vården. Slutsatsen av uppsatsen är därför tvetydig och inte fullkomlig eftersom det är en skillnad mellan det statistiska och det analytiska resultatet.

Vi anser att den offentliga dokumentationen är bristande, vilket är högst problematiskt i perspektiv av offentlighetsprincipen. Om vi hade haft tillgänglighet till mer statistik och under en längre tidsperiod hade vi kanske lyckats bekräfta vår hypotes och mer befogat kunna tala om trender.

Avslutningsvis är uppsatsen begränsad utav valet av vården som verksamhet, som i sig är mycket komplex eftersom det är en social förvaltning. Det kan argumenteras för att sociala förvaltningar ofta hamnar i diskussioner eftersom det är en konstant konflikt mellan ekonomiska och sociala värden. NPM strukturen fokuserar i större utsträckning på produktivitet före kvalitet, vilket i förlängning kan innebära att tjänstemannaetik kan kompromissas som ett resultat av ett produktivitetsfokus. Kvaliteten i sig är också svår att mäta, kanske finns det ett bättre mått inom vården för att mäta kvalitet, vilket skulle kunna vara att intervjua högomsättande vårdenheter och patienter som har stor erfarenhet. Inför framtida studier kan det också vara intressant att se till läkare som population. Valet av sjuksköterskor gjordes eftersom statistiken visade på att SUS hade och har högre kostnader för inhyrda sjuksköterskor än för läkare. Valet av sjuksköterskor är också

påverkat av att det är ett kvinnodominerande yrke, vilket i sig är intressant att se till inför framtida studier, eftersom det finns spår av könsdiskriminerande strukturer.

7 Referenser

Primärmateral

Internetsidor

IVO (1) – Inspektionen för vård och omsorg, 2017. Anmäl vårdskada – Lex Maria. [Elektronisk] https://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/anmal-vardskada--lex-maria/. Hämtdatum: 2017-12-02

IVO (2) – Inspektionen för vård och omsorg, 2017. *Synpunkter eller klagomål på vården.* [Elektronisk] https://www.ivo.se/for-privatpersoner/klaga-pa-varden/. Hämtdatum: 2017-12-10

IVO (3) – Inspektionen för vård och omsorg, 2017. Lex Maria och Lex Sarah. [Elektronisk] https://www.ivo.se/om-ivo/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/. Hämtdatum: 2017-12-02

IVO, Sydöst, 2017. *Uppföljning av Lex Maria-anmälningar* [Elektronisk]. https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2017/uppfoljninglex-maria-2017.pdf. Hämtdatum: 2017-12-10

Medicinska fakulteten, 2009. *Skånes universitetssjukhus och universitetsmedicinskt centrum Skåne.* [Elektronisk] https://www.med.lu.se/nyheter/091028_chatt. Hämtdatum: 2017-12-10

Region Skåne 2017. *Lex Maria.* [Elektroniskt] https://www.skane.se/Halsa-ochvard/Regler-och-rattigheter-i-varden1/Patientsakerhet/lex-maria/ Hämtdatum: 2017-1201

SKL - Sveriges kommuner och landsting, 2017. *Vården ska bli oberoende av hyrpersonal.* [Elektroniskt]https://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/vardenskablioberoendeavhyrpersonal.11214.html. Hämtdatum: 2017-12-10

Offentligt tryck

Riksrevisionen. 2015:12. *Patientsäkerhet- Har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?* [Elektronisk] https://www.riksrevisionen.se/PageFiles/22371/RR2015-12_Patientsäkerhet_Anpassad.pdf Hämtdatum: 2017-12-12

Socialstyrelsen (1). 2017. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården: Uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Artikel nr. 2017-05-20. [Elektronisk] https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20627/2017-520.pdf Hämtdatum: 2017-12-12

Socialstyrelsen (2). 2017. *Socialstyrelsens nationella planeringsstöd för 2017*. Artikel nr. 2017-02-21. [Elektronisk] https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20504/2017-2-21.pdf Hämtdatum: 2017-12-12

SOU 2016:2. *Effektiv vård: Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. [Elektronisk] https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivareresursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf Hämtdatum: 201712-12

Sekundärmaterial

Artiklar

Ahlbäck Öberg, Shirin & Sten Widmalm, 2016. "Att göra rätt - även när ingen ser på", *Statsvetenskaplig tidskrift,* vol.118, nr.4, s.7-17

Andersson, Joakim, 2016. "Privata vårdaktörer anmäler i mindre utsträckning till IVO", *Läkartidningen,* Nyhetsartikel. 2016-11-16

Bringselius, Louise, 2015. *New Public Management- ett enkelt penseldrag som förklarar det mesta?*, Organisation och Samhälle nr 01/2015.

Cederberg, Jesper, 2017. "Lex Maria-anmälan snart digital", *Läkartidningen*, Nyhetsartikel. 2017-02-20

Fernholm, Rita & Per Björgell, 2017. "Dominerar Lex Maria-fallen inom primärvård och akutsjukvård", *Läkartidningen*, Nyhetsartikel 2017-11 alt. 201703-13 (läkartidningen .se).

Grill Pettersson, Mikael, 2017. Trots satsningen på "oberoende" till 2019: Notal för inhyrd vårdpersonal fortsätter öka, 7 november. SVT Nyheter. [Elektronisk] https://www.svt.se/nyheter/inrikes/trots-satsningen-pa-oberoende-till-2019-notanfor-inhyrd-vardpersonal-fortsatter-oka Hämtdatum: 2017-12-11

Hood, Christopher, 1991. "A Public Managemant for all Seasons?", *Public Administration* Vol. 69, s.3-19

Jordahl, Henrik, 2017. *Omprövning av en djärv ESO- rapport*, FORUM nr 5 2017 årgång 45. [Elektronisk] https://www.nationalekonomi.se/sites/default/files/NEFfiler/45-5-hj.pdf Hämtdatum: 2017-12-11

Jos, Philip H. & Tompkins, Mark E., 2004. ”The Accountability Paradox in an Age of Reinvention: The Perennial Problem of Preserving Character and Judgment”, *Administration & Society*, Juli 36: 255–281.

Närlid, Marie 2008. “Omorganisation i Region Skåne ska utredas vidare””, *Läkartidningen*, Nyhetsartikel. 2008-03-20

Sandlund, Mikael, Bremer, Anders, Ågåred, Anders, Engström, Ingemar, Sallin, Karl, 2017. *Kontinuitet främjar personligt och professionellt ansvarstagande.* [Elektronisk]
http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/HI/%5BETHI%5D/ETHI.pdf
Hämtdatum: 2017-12-11

Yoder, Linda, 2017. ” Professionalism in Nursing”, *Medsurg Nursing*, vol. 26, nr.5, s.293-295

Böcker

Esaiasson, Peter, Mikael Gilljam, Henrik Oscarsson & Lena Wängnerud, 2012. *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad.* 4 uppl. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Premfors, Rune, Peter Ehn, Eva Haldén & Göran Sundström, 2009. *Demokrati & byråkrati*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur AB

Reinecker, Lotta, Stray Jørgensen, 2014. Att skriva en bra uppsats. 2 uppl. Samfundslutteratur och Liber AB

7.1 Appendix

Statistik över inhyrd vårdpersonal vid Region Skåne.

Förvaltning	Ansvar	Utfall 201501201512	Utfall 201601201612	Utfall 201701201710
12 Kryh	21011 VC Osby	0	-226207	-57 682,00
12 Kryh	26011 VC Vänhem	-75861	-206787	-93 428,00
12 Kryh	26111 VC Solbrinken	0	-363950	-84 807,00
12 Kryh	26311 VC Åparken	0	-246139	-40 831,00
12 Kryh	29810 K & H Kristianstad	-41324	-48947	-86 625,00
12 Kryh	33004 Akutmottagning	-2164600	-22300	-373 828,00
12 Kryh	33008 Akutvårdsavdelning (AVA)	-64266	0	-206 955,60
12 Kryh	33110 Op Gem	-1294,64	-1001205	-23 895,00
12 Kryh	35040 Iva/pop	0	-269034	-93 418,00

12 Kryh	36120 Grå starr Ystad	0	-24485	-42 600,00
12 Kryh	36210 Ögonsjukvård Mott K-stad	0	-160744	-369 517,50
12 Kryh	36220 Ögonsjukvård Mott Ystad	0	-19618	-34 141,00
12 Kryh	48111 UM Helsingborg	0	-118000	-77 851,00
12 Kryh	50001 Medicin, geriatrik läkare	0	-13165	-202 709,00
12 Kryh	50010 Avd 5 (enhet ger och med)	-124627	-8017	-16 000,00
12 Kryh	50011 Avd 6 (enhet lungmed och inf)	-674324,75	-1115923,07	-32 760,00
12 Kryh	50012 Avd 4A (enhet kardiologi/HIA)	-1755396,9	-2433523,5	-178 665,00
12 Kryh	50014 Avd 7 (enh stroke o neurologi)	-1706589,25	-1380825,43	-370 413,00
12 Kryh	50016 Avd 4B (enhet njurmedicin)	-37165	0	-52 717,00
12 Kryh	50020 Dialys	-71397	0	-1 159 766,5
12 Kryh	52020 BB sluten vård	-371631	0	-212 340,00
12 Kryh	55025 Ögonsjukvård katarakt	-24190	-94489	-855 149,00
12 Kryh	61026 Palliativ Slutenvård Malmö	-58123	-621811	-267 180,00
12 Kryh	61110 Avd 38	0	-53144	-62 900,00
12 Kryh	61130 Mobilt team Hässleholm	0	-48000	-746 780,75
12 Kryh	62200 IVA	0	-937642	128 064,00
12 Kryh	64032 ASiH Helsingborg	0	-70246	-159 432,00
12 Kryh	70100 Akutmott	-580723	-18125	-442 742,80
12 Kryh	70121 NAV 1	-21815	-17041	-119 878,00
12 Kryh	71120 Kir avd 061-062, Ksd	0	-156595	-2 316 884,0
12 Kryh	71121 Kir avd 081-082, Ksd	0	-125372	-417 359,80
12 Kryh	71122 Kir avd 063-064, Ksd	0	-63903	-109 992,00
12 Kryh	71820 Ort avd 083	0	-445661	-727 431,00
12 Kryh	72123 HEMA avd 123	-11826	0	-581 215,00
12 Kryh	72125 Med avd Strokeneuro	0	-19250	-148 988,00
12 Kryh	72220 Lung avd 094	-4290	-554584	-164 892,00
12 Kryh	72421 HIA/112	-16336	0	-232 363,00
12 Kryh	72510 Dialysavd Ksd	-123282	0	-75 992,00
12 Kryh	73121 BB avd 053-054	0	-85800	-19 770,00
12 Kryh	74110 Geriatrik & Rehab Avd 9 Hlm	0	-108014	-288 232,00
12 Kryh	76301 Vårdval Ögon	-93190	-50445	-2 307 462,0
12 Kryh	76318 Vårdval Ögon mottagning Ystad	-19495	0	-305 850,00
14 Sund	13211 HV Tornet	-497420	0	-248 587,00

14 Sund	21002 Vo vuxenpsyk Lund, Ledning/Vo	0	-128064	-682 253,00
14 Sund	21004 Vo v-ps Lund, Resursteam - SSK	0	-12025	-572 543,00
14 Sund	21252 Avd 6 Lu	0	-220027,5	-946 485,00
14 Sund	21351 Avd 3 Lu	0	-701048,1	-437 922,00
14 Sund	21352 Avd 1 /PIVA Lu	-424285,4	-801670	-116 107,00
14 Sund	21461 Avd 5 med mottagn o dagsjv Lu	0	-78467,4	-19 200,00
14 Sund	22121 APK övm Drottningg Mö	0	-311039	-688 124,00
14 Sund	22122 APK övm Fosievägen Mö	0	-24000	-976 790,00
14 Sund	22124 Affektivt Centrum Mö	-10442	0	-197 066,00
14 Sund	22153 APK avd 83 Mö	-706234	-483188	-3 550 909
14 Sund	22154 APK avd 84 Mö	-480059	-266266	-20 687,00
14 Sund	22156 APK avd 86 Mö	-360567	-232692	-1 790 896
14 Sund	22201 PK stab Mö	0	-18392	-91 500,00
14 Sund	22257 PK Avd 87 Mö	-407806	-573937	-235 711,00
14 Sund	22258 PK Avd 88 Mö	-56433	-170270	-43 186,00
14 Sund	22321 BCM mottagning 1 Mö	-81675	0	-983 356,00
14 Sund	22361 BCM akut Mö	-246682	0	-902 799,00
14 Sund	22362 BCM avdelning 2 Mö	-131593	0	-464 171,00
14 Sund	22364 Avd för opiatmissbrukare Mö	-11412	-19119	-19 782,00
14 Sund	23152 AVD 52 ÄHLM	-204516	0	-1 026 111
14 Sund	23201 Område 1 gemensamt samt	-57600	0	-10 381 682
14 Sund	23256 Avd 56 Hbg	-282002	-1121562	-518 818,00
14 Sund	23301 Område 2 gemensamt	-28856	0	18 900,00
14 Sund	23320 Akutmott Hbg/Ählm	0	-1158589,25	-56 656,00
14 Sund	23355 Avd 55 Hbg	-1101481,05	-2767598	-28 553,00
14 Sund	24226 ÖV Psyk Ystad	0	-53600	-197 666,00
14 Sund	24551 Avd 1 Psyk Ksd	-1288470,5	-518413,05	-11 280,00
14 Sund	24552 Avd 4 Psyk Ksd	-1034044,25	-614393,87	-650 360,00
14 Sund	24553 Avd 2 Psyk Ksd	-1179176,5	-737348,51	-267 286,00
14 Sund	24554 Avd 3A Psyk Ksd	-922070	-240835,5	-24 875,00
14 Sund	24555 Avd 3B Psyk Ksd	-432583	-232955,07	-353 083,00
14 Sund	30202 Divisionsgemnsamt Kir	-628000	-17685	-314 404,00
14 Sund	30209 GAVA	-3329537,1	-2212593	-921 431,00

14 Sund	37010 Operationsavdelning Tbg	-128100	0	-136 971,00
14 Sund	37135 OP/Anestesi Lkra inkl SYR	0	-40200	-145 019,00
14 Sund	37165 DDK-enhet, Lkra	0	-321017	-3 472 289
14 Sund	37222 Avdelning 22, Ählm	-160613	0	-16 879,00
14 Sund	41110 HV Söderåsen	-86980	-50250	-2 167 999,12
14 Sund	42061 RPK avd 1 Mö/Tbg	-157885,65	-495921	-2 080 012,45
14 Sund	42062 RPK avd 2 Mö/Tbg	-644398,33	-411180	-63 179,00
14 Sund	42063 RPK avd 3 Mö/Tbg	-75912,02	0	-1 898 005
14 Sund	42064 RPK avd 4 Mö/Tbg	-142578	-13138	8 692,00
14 Sund	42101 Operationscentralen, Hbg	-433836	-3957362	-626 226,00
14 Sund	43170 Rtg Hbg, övr gemensam personal	-1927924,16	-1611466	-1 235 651
14 Sund	43174 Rtg Hbg gemensamt	-97630	0	-901 718,00
14 Sund	43466 RPK Hbg avd 26	-108264	-55052	16 861,00
14 Sund	43540 BHV Påarp	0	-45600	-148 587,00
14 Sund	43810 HV Rydebäck	-26098	0	-1 040 585
14 Sund	45110 VC Klippan	-4470	0	-843 798,00
14 Sund	45210 HV Ljungbyhed	-12846	12846	-49 298,00
14 Sund	46110 HV Åstorp	-484021,95	0	-153 722,88
14 Sund	50100 Närsjukvård Sydv gemensamt	-22340	22340	-762 639,00
14 Sund	50109 Vårdavdelning 09	-637678	-256836	- 1 025 676
14 Sund	50111 Vårdavdelning 11	-514053	-782161	-249 306,00
14 Sund	50112 Vårdavdelning 12	-348266	-984839,13	-256 599,00
14 Sund	50122 Vårdavdelning 22	0	-325749	-134 168,00
14 Sund	61150 Infektionsavdelning	-182935,5	-760003,62	-62 572,00
14 Sund	61301 AM-Kir/Ort/Med	-5199649,85	-10225903,35	-127 237,00
14 Sund	63351 Sluten vård annat AO	-598314,45	-459770	-1 307 796
14 Sund	63701 Rtg Tbg, personal	-293467	-1084190	-704 986,00
14 Sund	63710 Rtg Tbg, gemensamt	0	-39957	-112 632,00
14 Sund	64061 MAVA	-578900,7	-1206559	-314 272,00
14 Sund	64070 AO Gemensamma kostnader	-692796	-268538,75	-1 191 982
14 Sund	64080 Läkarplan 5	-23381	23381	-53 956,00
14 Sund	64151 Avd Njur/Hema Drift	-1305557,5	-25964	-1 452 934

14 Sund	64201 Dialysavdelning	0	-272048	-16 379,00
14 Sund	64250 Njur/KUA avdelningen	0	-232555	-581 953,00
14 Sund	64451 Kardiologi avd	0	-31930	-458 739,13
14 Sund	64551 Lung avd	-104876	67763	-106 124,00
14 Sund	64570 Lung MagTarm avd Personal	-1460112	-1711871	-2 723 896,75
14 Sund	64651 Hema Njur drift avd	-51727	-28430	-618 672,00
14 Sund	64652 Hema avd personal	-298340	-127130	-425 940,00
14 Sund	64670 Personal avd 46	-79707	0	-456 028,00
14 Sund	64760 Neurologi /Stroke avd	-1063504	-2275581	-61 624,00
14 Sund	65250 Avd 31 gemensamt Hbg	-1816684,5	-16721	-291 798,00
14 Sund	65252 Kir avd Mag Tarm Hbg	-318640,68	-414103	-123 271,00
14 Sund	65255 Kir avd Mag Tarm N Hbg	-383071,13	0	-125 772,00
14 Sund	65257 Kir Avd Akut o Kärl Hbg	-2107911	-3620571,25	-224 415,00
14 Sund	65550 Avd Uro och Bröst Hbg	-1676676,08	-879079,97	-24 915,00
14 Sund	66350 Ortopedavd Hbg	-1302106,1	-203046	-25 368,00
14 Sund	68001 BUM Mottagning	0	-8692	-27 784,00
14 Sund	68002 BUM Akutmottagning	0	-42413	-255 602,00
14 Sund	68050 Barnavdelning	0	-144413	-8 377,00
14 Sund	69050 Avd 29 Förlossning	0	-357257	-3 116 789,96
14 Sund	69051 Avd 25 Perinetal+hemvård	0	-76619	-36 375,25
14 Sund	69052 Avd 28 Gynekologi	-203619,2	-28224	-467 501,00
16 Skånes universitetssjukhus	11951 Neuro Avd 1	-1820152,73	-2311353,85	-462 327,00
16 Skånes universitetssjukhus	11952 Neuro Avd 2	-2407001,27	-1931581,15	-357 920,00
16 Skånes universitetssjukhus	12208 AIM Gemensamt	-1436000	336000	-1 911 526,5
16 Skånes universitetssjukhus	12251 AIM Avd 1	-157146	0	-1 004 119,5
16 Skånes universitetssjukhus	12254 Med Avd 4 Sektion	-133934	0	-173 515,00
16 Skånes universitetssjukhus	12356 Gastro Avd 6	-9566	0	-68 110,00
16 Skånes universitetssjukhus	12708 AIM Gemensamt	0	-7562,5	-1 389 081
16 Skånes universitetssjukhus	12722 Med Avd 2	0	-185300	-32 655,00
16 Skånes universitetssjukhus	12723 Med Avd 3	0	-95129	-119 147,00
16 Skånes universitetssjukhus	12724 Med Avd 4	0	-35773	-95 819,00
16 Skånes universitetssjukhus	12751 AIM Avd 1 dag	-83815	-154900	-64 520,00
16 Skånes universitetssjukhus	12752 AIM Avd 2 dag	-1322713,95	-1508876	-29 174,00
16 Skånes universitetssjukhus	12754 AIM Avd 4 dag	-1339460,75	-811981,18	-118 624,00
16 Skånes universitetssjukhus	12756 AIM Avd 5 dag	-2132423,25	-552158	-243 126,00

16 Skånes universitetssjukhus	12758 AIM avd 1 avd 5 gemensamt	-140753	-66979	-647 420,00
16 Skånes universitetssjukhus	15023 Vårdkostn Avd 3 Malmö	-8756,2	-7314	-216 133,06
16 Skånes universitetssjukhus	15052 Avd. 2 INF Malmö	-451894	-26896	-714 534,00
16 Skånes universitetssjukhus	15053 Avd. 3 INF Malmö	-12797	0	-794 664,75
16 Skånes universitetssjukhus	19614 Njurmed dialysavd Malmö	-183148	-98983	-1 010 518
16 Skånes universitetssjukhus	20008 IPV Gemensamt	0	-165561	-248 970,00
16 Skånes universitetssjukhus	20108 IPV OK gemensamt	0	-1873384	-1 822087,58
16 Skånes universitetssjukhus	20122 IPV OK 3	0	-169033	-19 152,00
16 Skånes universitetssjukhus	21014 KIR Mottagning	0	-42300	-43 200,00
16 Skånes universitetssjukhus	21054 KIR Avd 9, personal	-331163,4	-2566225,75	-388 982,00
16 Skånes universitetssjukhus	21055 KIR Avd 8 och 9 exkl personal	0	-102943	-5 583,00
16 Skånes universitetssjukhus	21056 KIR Avd 8, personal	-3470288,06	-3587060,25	-630 796,00
16 Skånes universitetssjukhus	21057 KIR Avd 7	-1440893	-598476	-532 159,00
16 Skånes universitetssjukhus	22552 URO Vårdavd 12	0	-81209	
16 Skånes universitetssjukhus	23129 INTAG Akutintag	-3046477,23	-1979172	
16 Skånes universitetssjukhus	23353 AKVA	-197613	0	
16 Skånes universitetssjukhus	24551 V ORT Avd 1	-1023272	-2347134,35	
16 Skånes universitetssjukhus	24552 V ORT Avd 2	-960535,5	-1418969,06	
16 Skånes universitetssjukhus	24553 V ORT Avd 3	-1761187	-274036,5	
16 Skånes universitetssjukhus	24554 V ORT Avd 4	-959250	-542821,59	
16 Skånes universitetssjukhus	27352 Förlossning Malmö	0	-91013	
16 Skånes universitetssjukhus	27353 Perinatal Malmö	0	-66677	
16 Skånes universitetssjukhus	37120 IPV ANE KIR/NATT	0	-604968	
16 Skånes universitetssjukhus	37124 IPV COP Ort	0	-424200	
16 Skånes universitetssjukhus	37131 IPV ANE KK/ÖGON/NK/BRACHY	0	-237900	
16 Skånes universitetssjukhus	37510 Akutmottagning	-74324	-181989	
16 Skånes universitetssjukhus	37521 Akutmottagning Personal	-2188699,25	-5818096,36	
16 Skånes universitetssjukhus	37591 Extraresurs läkare akuten	0	-182720	
16 Skånes universitetssjukhus	50601 SOK Mottagning	0	-4500	
16 Skånes universitetssjukhus	50603 SOK Gyn-Apl Mott/Op Lund	-141750	-40200	
16 Skånes universitetssjukhus	50606 SOK Med Behandl Enhet Malmö	-36900	0	
16 Skånes universitetssjukhus	50651 SOK Avd 86 Lund	-36150	-19499,99	
16 Skånes universitetssjukhus	50652 SOK avd 87	-38250	-4800	
16 Skånes universitetssjukhus	50653 SOK Avd 88 Lund	-21000	-123873,01	

16 Skånes universitetssjukhus	50655 SOK Avd 1 Malmö	-252210	0
16 Skånes universitetssjukhus	50661 SOK Avd 85 Lund	-67350	-87750
16 Skånes universitetssjukhus	51251 Avd. 74 INF Lund	-1012361	-122165
16 Skånes universitetssjukhus	52151 KIR KLIN, AVD 13	-532734	-21202
16 Skånes universitetssjukhus	52152 KIR KLIN, AVD 14	-2946226,75	-522283
16 Skånes universitetssjukhus	52453 ORT KLIN AVD 11	-1523381	-1018204
16 Skånes universitetssjukhus	52454 ORT KLIN AVD 12	-855179	-934283
16 Skånes universitetssjukhus	52498 ORT KLIN, LÄKARE USIL	-15300	-12609
16 Skånes universitetssjukhus	52801 ÖNH-KLIN, ÖRONMOTT USIL	-306428	-60953
16 Skånes universitetssjukhus	52802 ÖNH MOTTAGNING MALMÖ	-10965	-160394
16 Skånes universitetssjukhus	52835 ÖNH OPERATION MALMÖ	0	-33000
16 Skånes universitetssjukhus	52852 ÖNH-KLIN, AVD 56	-47248	-34515
16 Skånes universitetssjukhus	53310 Neuro mottagning Lund	-112725	-58940
16 Skånes universitetssjukhus	53351 Neuro AVD 25	-1132131,82	-3733136,75
16 Skånes universitetssjukhus	53352 Neuro AVD 27	-910250	-510081,25
16 Skånes universitetssjukhus	53453 NK AVD 24	-24041	0
16 Skånes universitetssjukhus	53454 NK AVD 26	-66979	-218111
16 Skånes universitetssjukhus	53631 OP LUND	0	-472239
16 Skånes universitetssjukhus	53663 Perinatal Lund	-128344	0
16 Skånes universitetssjukhus	53714 Barnakuten - Lund	-98140	0
16 Skånes universitetssjukhus	53755 Barnavd 61 - Lund	-214192	0
16 Skånes universitetssjukhus	53803 Barnkardiologer	0	-15000
16 Skånes universitetssjukhus	53831 Barn-OP	-292244	-504226
16 Skånes universitetssjukhus	53965 Avd 65	-350886	-185430
16 Skånes universitetssjukhus	54052 Neonatalavd Lund	-406591	0
16 Skånes universitetssjukhus	54053 Neonatalavd Malmö	-335632	-156910
16 Skånes universitetssjukhus	54221 Njurmed dialysavd Lund	-2150954	-668330
16 Skånes universitetssjukhus	54252 NJURMED AVD 9	0	-634524
16 Skånes universitetssjukhus	54852 MEDICINSK AKUTVÅRDSAVDELNING	-2419387,85	-2059426
16 Skånes universitetssjukhus	54853 KIRURGISK AKUTVÅRDSAVDELNING	0	-181377
16 Skånes universitetssjukhus	54951 AVD 7	-625935	-29212
16 Skånes universitetssjukhus	54952 AVD 8	-3433314	-2291979,75
16 Skånes universitetssjukhus	56411 Lung- och allergimottagn Lund	0	-64500
16 Skånes universitetssjukhus	56451 AVD 1 Lund	-3141813,05	-3848281,5

16 Skånes universitetssjukhus	56452 AVD 3 Malmö	-1968121	-2903546
16 Skånes universitetssjukhus	56831 Thorax op	-1045705	-267300
16 Skånes universitetssjukhus	56853 ATH	-5195677	-2781058,87
16 Skånes universitetssjukhus	62111 HÄLSOVALSENHET	-358808	0
	DALBY		
16 Skånes universitetssjukhus	62411 HÄLSOVALSENHET N:A FÄLADEN	-170550	0
16 Skånes universitetssjukhus	62711 HÄLSOVALSENHET SÖDERTULL	-73221	0
16 Skånes universitetssjukhus	63311 HÄLSOVALSENHET STAFFANSTORP	-260016	-297120
16 Skånes universitetssjukhus	63511 HÄLSOVALSENHET HÖÖR	-14642	-21166
16 Skånes universitetssjukhus	63811 HÄLSOVALSENHET GRANEN	-453337	-296500
16 Skånes universitetssjukhus	64911 HÄLSOVALSENHET LINDEBORG	-100616,6	-10234
16 Skånes universitetssjukhus	65011 HÄLSOVALSENHET OXIE	-138584	0
16 Skånes universitetssjukhus	65111 HÄLSOVALSENHET GULLVIKSBORG	0	-302700
16 Skånes universitetssjukhus	65141 BHV GULLVIKSBORG	-24300	0
16 Skånes universitetssjukhus	65311 HÄLSOVALSENHET KIRSEBERG	-102735	0
16 Skånes universitetssjukhus	65511 HÄLSOVALSENHET ROSENGÅRD	-358491	-77875
16 Skånes universitetssjukhus	78711 Ger klin mottagning	0	-26240
16 Skånes universitetssjukhus	78752 Geriatriken avd 31	-1495349	-691565
16 Skånes universitetssjukhus	78753 Akut Äldrevårdsavdelning	0	-685337,75