

Äldreomsorgens  
ständiga förändringar  
– om organisation,  
arbetsmiljö  
och ledarskap

---

*Kristina Westerberg*  
*Maria Nordin*

Äldreomsorgens ständiga förändringar  
– om organisation, arbetsmiljö och  
ledarskap



Äldreomsorgens  
ständiga förändringar  
– om organisation,  
arbetsmiljö  
och ledarskap

---

*Kristina Westerberg*  
*Maria Nordin*

SNS Förlag  
Box 5629, 114 86 Stockholm  
Telefon: 08-507 025 00  
info@sns.se www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys. 275 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS.

*Äldreomsorgens ständiga förändringar  
– om organisation, arbetsmiljö och  
ledarskap*

Kristina Westerberg och Maria Nordin  
© 2021 Författarna och SNS Förlag  
Tryck: Books on Demand, Tyskland  
ISBN 978-91-88637-63-5

---

## INNEHÅLL

Utgivarens förord	7
Sammanfattning	9
I INTRODUKTION	15
2 ÄLDREOMSORGEN I EN FÖRÄNDERLIG TID	20
3 ÄLDREOMSORGENS ARBETSMILJÖ OCH LEDARSKAP	30
4 ORGANISATIONSFÖRÄNDRING – ETT KRAV ELLER EN RESURS?	43
5 SVENSK ÄLDREOMSORG I JÄMFÖRELSE MED ANDRA LÄNDER	55
6 SLUTSATSER	73
7 FRAMTIDEN?	81
Referenser	83
Bilaga 1	94
Bilaga 2	95



---

# Utgivarens förord

ÄLDREOMSORGEN I SVERIGE har under de senaste 30 åren genomgått en rad förändringar. I början av 1990-talet introducerades Ädelreformen som flyttade över ansvaret från dåvarande landstingen till kommunerna. Under samma period genomgick Sverige en djup ekonomisk kris samtidigt som styrningen av offentlig verksamhet fick en ökad grad av marknadsanpassning. I rapporten undersöker professor emerita Kristina Westerberg och docent och universitetslektor Maria Nordin, båda vid Institutionen för psykologi, Umeå universitet, hur dessa förändringar har påverkat äldreomsorgens förutsättningar med fokus på arbetsmiljön för sektorns medarbetare och ledare.

De ger en översikt av arbets- och organisationspsykologisk forskning om äldreomsorgens arbetsmiljö, organisering och ledarskap samt presenterar jämförelser av arbetsmiljön i olika länders äldreomsorg. Med utgångspunkt i den tidigare forskningen och länderjämförelsen diskuterar författarna ett antal förbättringsförslag.

Arbetet med rapporten påbörjades före covid-19-pandemins utbrott. De exempel som lyfts i rapporten är därför huvudsakligen från tiden före pandemin. Slutsatserna och förslagen handlar dock om äldreomsorgens organisering och arbetsmiljö generellt och har inte blivit mindre aktuella på grund av pandemin.

Rapporten är en del i SNS treåriga forskningsprojekt »Vård och omsorg i det 21:a århundradet«. Projektets övergripande syfte är att ta fram forskningsbaserade underlag om hur kompetensförsörjningen kan säkras och hur ny teknik kan tas tillvara för att möta sektorns förändrade förutsättningar.

Forskningsprojektet har gjorts möjligt genom bidrag från den referensgrupp som följer projektet. I gruppen ingår Apoteket, AstraZeneca, Attendo, Bräcke diakoni, Frisq, Inera, Kry, MedLearn, Min Doktor, Praktikertjänst, Region



Stockholm, Riksförbundet HjärtLung, Socialdepartementet, Sophiahemmet, SOS Alarm, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkarförbund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Vinnova, Vårdförbundet och Västra Götalandsregionen. Lena Hensvik, professor i nationalekonomi vid Uppsala universitet, är SNS vetenskapliga råds representant i referensgruppen och Urban Englund, styrelseordförande i Praktikertjänst, är gruppens ordförande. Författarna har fått många värdefulla synpunkter på utkast till rapporten från referensgruppens medlemmar.

Lotta Dellve, professor i arbetsvetenskap vid Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap, Göteborgs universitet, har vid ett akademiskt seminarium lämnat konstruktiva synpunkter på ett utkast till rapporten.

Rapportens författare svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS uppdrag är att initiera och presentera forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av centrala samhällsfrågor. Det är SNS förhoppning att rapporten kan fungera som ett kunskapsunderlag för beslutsfattare på alla nivåer och bidra till diskussionen om arbetsmiljön i äldreomsorgen.

Stockholm i mars 2021

*Gabriella Chirico Willstedt*

Forskningsledare, SNS

---

# Sammanfattning

UTGÅNGSPUNKTEN FÖR den här rapporten är att belysa äldreomsorgens arbetsmiljö och organisation samt vilken betydelse förändringar på olika nivåer har haft för medarbetare och chefer. Detta sker genom att vi beskriver större förändringar på samhällsnivå de senaste 30 åren som haft betydelse för äldreomsorgen, jämför arbetssituationen inom äldreomsorgen mellan olika länder och undersöker vilka konsekvenser arbetsmiljön har för medarbetare och chefer inom äldreomsorgen.

Vi presenterar studier där vi undersökt förändringar, arbetsmiljö, organisation och ledarskap i äldreomsorgen från 1990-talet och framåt. Vi jämför arbetsmiljön i svensk äldreomsorg med arbetsmiljön i andra länders äldreomsorg, framför allt norra Spaniens. Vårt arbets- och organisationspsykologiska perspektiv visar att den psykosociala arbetsmiljön är sämre i svensk äldreomsorg än i de länder vi jämfört med. I vissa fall råder det i Sverige även sämre arbetsförhållanden. Resultat från forskningsstudier i vår översikt tyder på att det under lång tid generellt har pågått en försämring av arbetsmiljön och arbetsförhållandena. Det har inte saknats positiva initiativ under årens lopp men en hel del av dem tycks inte ha varit hållbara över tid. Organisationsförändringar i form av omfattande schemaförändringar, sammanslagningar, nedskärningar eller andra omorganiseringar är återkommande inslag som har stört utvecklingen av äldreomsorgens verksamheter, även om syftet har varit det motsatta.

Vi har arbetat utifrån tre övergripande frågeställningar som handlar om:

1. hur samhällsförändringarna har påverkat förutsättningar för äldreomsorgen, framför allt för dess medarbetare och ledare
2. balansen mellan krav och organisatoriska och individuella resurser
3. organisationsförändringars betydelse för ledarskap och arbetsmiljö.

Rapporten vänder sig till beslutsfattare och politiker på alla nivåer men också till personal i äldreomsorgen. Vår avsikt är att sätta fokus på arbetsmiljön i äldreomsorgen och vikten av att ha en balanserad psykosocial arbetsmiljö – innan andra förändringar i verksamheten kommer till stånd. Vi är övertygade om att detta är grundläggande för att man ska kunna komma vidare från de problem som länge har lyfts fram från äldreomsorgens verksamheter, såväl från myndigheter som från forskningshåll.

## Äldreomsorgen i en föränderlig tid

I början av 1990-talet ägde tre genomgripande förändringar rum som fick stor betydelse för den svenska äldreomsorgens fortsatta utveckling: den ekonomiska krisen, Ädelreformen och det förändrade synsättet på styrning av offentlig verksamhet.

1990-talets ekonomiska kris satte djupa spår i det svenska samhället och ledde till att en halv miljon människor förlorade sina jobb. BNP sjönk med 5 procent under åren 1990–1993. Staten införde därför en mycket restriktiv ekonomisk politik som innebar nedskärningar i bland annat äldreomsorgen. Dessutom sjuösattes en rad reformer som direkt påverkade äldreomsorgen.

En av de reformer som introducerades var Ädelreformen (1992) som innebar att landstingens sjukhem övergick i kommunal regi och att kommunerna fick betalningsansvar för att vårda de patienter som var medicinskt färdigbehandlade på sjukhusen. Detta ökade behovet av att inom kommunerna ha platser för äldre med större vårdbehov. Tanken var att Ädelreformen skulle lösa kommunernas och landstingens svårigheter med att samordna sina verksamheter. Kommunernas och landstingens olika perspektiv på äldrevården – jämte avsaknaden av ett gemensamt ekonomiskt system för prioriteringar – ansågs lägga hinder i vägen för utvecklingen. Genom Ädelreformen skulle den sociala inriktningen integreras med det medicinska perspektivet och ledas av en huvudman: kommunerna. Detta skulle bidra till kostnadseffektivitet och högre kvalitet.

Samtidigt förändrades synsättet på styrning av offentlig verksamhet. New Public Management (NPM) innebar, sammanfattningsvis, att offentliga verksamheter skulle effektiviseras och marknadsanpassas på ett sätt som liknande verksamheter i den privata sektorn. Viktiga komponenter var resultat- och målstyrning liksom decentralisering. Flera forskare har lyft fram Sveriges snabba spridning och implementering av idéerna från NPM under 1990-talet, och den ökade marknadsinriktningen inom vård- och omsorg har varit föremål för en hel del forskning.

Förändringarna var tätt sammanflätade, vilket framgår av de resultat vi redovisar från en intervjustudie utförd på 1990-talet. Den ekonomiska krisen, reformerna och NPM löpte sida vid sida ute i verksamheterna och påverkade det dagliga arbetet för cheferna och personalen. Synen på relationerna till de äldre brukarna och deras anhöriga förändrades också genom att de förväntades ta mer aktiv del i äldreomsorgen.

## Äldreomsorgens arbetsmiljö och ledarskap

Organisationsförändringar och omstruktureringar är vanliga inom svensk vård och omsorg. Större förändringar innebär en extra belastning och instabilitet för verksamheten och får därför ofta negativa effekter på personalens hälsa och arbets-situation. Organisationsförändringar kan skapa en obalanserad arbetsmiljö. Forskning om äldreomsorgens psykosociala arbetsmiljö visar att även om det finns stora variationer, så kännetecknas äldreomsorgens arbetsmiljö generellt av höga fysiska och psykiska krav där de balanserande resurserna är begränsade. Resurser i form av stöd från organisationen, exempelvis belöningar och utvecklingsmöjligheter, upplevs som låga medan resurser i form av socialt stöd från arbetskamrater ofta skattas som gott. Relationen till närmaste chef är ofta god, men det konkreta stödet brister på grund av stora fysiska avstånd och/eller stora arbetsgrupper. Personalen själv ser arbetet som viktigt och meningsfullt medan det i andras ögon kan uppfattas ha låg status. Obalansen mellan arbetets krav och resurser gäller också första linjens chefer. Kostnadseffektiveringar har bland annat inneburit att chefernas ansvarsområden har utökats över tid och antalet underställda har blivit fler. Personalomsättningen är ofta hög både bland chefer och personal. Dessutom har äldreomsorgens personal den högsta sjukfrånvaron inom den kommunala sektorn.

Det finns ett samband mellan vårdkvalitet och arbetsmiljö även om det inte alltid går att påvisa ett direkt samband i enskilda studier. Personalen och de äldre är måna om varandra och vill upprätthålla goda relationer. Brukarna kan under vissa förutsättningar anpassa sina behov utifrån hur de uppfattar personalens arbetsbörda och arbetsmiljö. För personalen ger arbetet med brukarna meningsfullhet och arbetstillfredsställelse när det fungerar bra. Relationen till brukarna är en orsak till att man vill stanna kvar i yrket, men när personalen upplever att de organisatoriska och materiella resurserna är otillräckliga för att möta brukarnas behov, tilltar tankarna på att lämna yrket. Att personalen vill göra ett gott jobb och har fokus på brukarnas välmående kan bidra till att sambandet mellan krav, resurser och vårdkvalitet inte alltid blir synligt.

Det har emellertid inte saknats kvalitetsförbättrande satsningar och utvecklingsprojekt i svensk äldreomsorg. Kvalitetsförbättrande förändringar kan ha goda effekter på den psykosociala arbetsmiljön men många av dessa satsningar har snarare riktats mot kvaliteten i arbetet med brukarna i äldreomsorgen. Detta har gjort att arbetsmiljöfrågorna inte har tydliggjorts eller lyfts fram som viktiga. När den grundläggande obalansen i arbetsmiljön inte hanteras blir satsningar ofta betungande, vilket i sin tur får negativ betydelse för själva insatsernas långsiktiga effekter. Vi tar upp exempel på några nationella satsningar och beskriver resultat från utvärderingar av dessa. Det finns exempel på mer lyckade satsningar, men de långsiktiga effekterna verkar vara små.

## Jämförelser med äldreomsorg i andra länder

För att få ett bredare perspektiv på svensk äldreomsorg är det värdefullt att jämföra med arbetsmiljö och arbetsförhållanden i andra länders äldreomsorg. Det har vi gjort i ett större forskningsprojekt där vi jämförde äldreomsorg i Katalonien i nordöstra Spanien med äldreomsorg i norra Sverige. Studien i projektet visade att de spanska arbetsplatserna är mer hierarkiskt organiserade med fler chefer, mindre arbetsgrupper och tydligare rollfördelning mellan vård och andra arbetsuppgifter. En annan påtaglig skillnad är att de svenska arbetsplatserna har genomgått organisationsförändringar i betydligt högre omfattning än de spanska. Resultaten visar också att de svenska deltagarna i större utsträckning rapporterar att de har för avsikt att söka ett annat arbete, att de skattar vårdkvaliteten lägre och uppger fler symtom på ohälsa jämfört med de spanska deltagarna.

Vidare kan vi konstatera att de svenska chefernas engagemang i organisationen inte alls var relaterat till de anställdas engagemang, uppfattning om vårdkvalitet eller avsikt att sluta jobbet medan det för de spanska cheferna fanns en sådan koppling. Dessutom visar resultaten att en hög arbetsomformning, det vill säga de initiativ som de anställda själva kan ta för att hantera sin arbetssituation, var till nackdel för de svenska anställdas hälsa. För de som var anställda i den spanska äldreomsorgen hade en hög arbetsomformning i stället ett positivt samband med hälsa.

För den svenska gruppen har vi också undersökt rolltydighet och ledarstöd, vilka visade sig ha positiva samband med vårdkvalitet. Detta resultat ligger helt i linje med tidigare forskning och understryker vikten av att ha tillgång till ett nära ledarskap och tydligt avgränsade ansvarsområden och förväntningar.

Sveriges platta organisationer tycks inte ha gett den fördel som man trott. Vi visar att ledarna har svårare att nå och påverka sin personal i de platta, svenska organisationerna samtidigt som organisationsengagemanget inte nödvändigtvis är starkare i dessa organisationer än i mer hierarkiska, vilket man skulle ha kunnat tro. Faktum är att de hierarkiska organisationsstrukturer som präglar den spanska äldreomsorgen tycks ge bättre förutsättningar för både ett aktivt ledarskap och ett organisationsengagemang som leder till att personalen vill stanna kvar.

En fråga som kom upp i jämförelsen mellan Sverige och Spanien var om skillnaderna speglade kulturella skillnader snarare än faktiska arbetsförhållanden. Vi presenterar därför även resultat från studier som gjort jämförelser mellan den svenska och andra nordiska länders äldreomsorg utifrån antagandet att de kulturella skillnaderna skulle vara mindre. Men även här utföll jämförelserna till Sveriges nackdel. I ett större projekt baserat på enkäter som skickats till slumpmässiga urval av anställda från 2005 och 2015 såg forskarna försämringar av arbetsvillkoren i den svenska äldreomsorgen som inte motsvarades av liknande försämringar i Finland, Norge och Danmark. Särskilt lyfte man fram försämrad tillgång till chef, markant sämre utvecklingsmöjligheter samt en försämring i arbetstidernas förläggning. Liknande resultat har även hittats i en studie där man jämfört Sverige med Australien.

## Rekommendationer

Rekommendationerna bygger på den forskning och de undersökningar som presenteras i rapporten.

### ARBETSMILJÖFRÅGORNA MÅSTE UPP PÅ HÖGSTA LEDNINGSNIVÅ

Organiseringen av en verksamhet speglas i hur den leds. Ledningen på den strategiska nivån i organisationen måste stödja äldreomsorgens arbetsprocesser och ge förutsättningar för ett gott ledarskap. Detta kan betyda fler ledare och mindre arbetsgrupper och därmed ett mindre kontrollspann som ger möjlighet till ett närvarande ledarskap. Den högsta ledningen har alltid det yttersta ansvaret för att skapa en god arbetsmiljö och den måste därför kontinuerligt fortbilda sig om arbetsmiljö och dess konsekvenser för medarbetarna. Som i alla organisationer måste organisationsförändringar som påverkar stabiliteten föregås av noggranna risk- och konsekvensbedömningar. De eventuella negativa effekterna måste vara noga genomtänkta innan omorganisationen genomförs – om förändringen alls behöver genomföras.

#### BÄTTRE BALANS MELLAN KRAV OCH RESURSER

Det finns sedan länge en obalans mellan arbetskraven och resurserna inom svensk äldreomsorg som inte har tagits om hand. Denna obalans måste emellertid hanteras, inte minst för att få ner sjukskrivningstalen och klara rekryteringsbehoven. Utan en bra balans riskerar satsningar på kompetens, utbildning och utveckling att vara utan bestående värde. En god jordmån, det vill säga en bra arbetsmiljö, är nödvändig för att kunna växa och utvecklas i arbetet.

Både personalens arbetsmiljö och kvaliteten på vård och omsorg måste vara i fokus. Ett sätt att åstadkomma det är att mötet mellan den enskilde brukaren och personalen står i centrum. Över tid har antalet personal som brukaren möter i genomsnitt ökat samtidigt som tiden för mötet ofta är kort, vilket har inneburit att arbetsbelastningen ökat och blivit mer tidsstyrd. Både brukare och personal efterlyser kontinuitet och tid för att kunna bygga relationer och trygghet. Mötet som kvalitetsmått borde vara äldreomsorgens viktigaste verktyg för att nå sina mål.

#### MER UTBILDNING OCH TYDLIGARE YRKESROLLER

Medarbetarnas arbetsbelastning behöver minska och rolltydligheten öka. Vårdutbildad personal bör ägna sig åt vård och omsorg och låta andra uppgifter som exempelvis tvätt, städ och matlagning utföras av medarbetare utan vård- och omsorgsutbildning. Utbildad vårdpersonal inom äldreomsorgen ska i princip inte kunna ersättas med utbildad. Genom att låta endast vårdutbildad personal ge vård och omsorg skyddas yrket och blir mer brukarsäkert. Med god grundutbildning och möjlighet till vidareutbildning byggs yrkets status och man kan få till stånd en lärande organisation. En positiv bieffekt skulle bli en mer motståndskraftig organisation, eftersom lärande organisationer genom sin kompetens och anpassningsförmåga kan hantera förändringar i omvärlden på ett adekvat sätt.

Vi hoppas att rapporten ökar förståelsen för vikten av sunda organisationer och god arbetsmiljö. Vi vill framhålla att utbildning och utvecklingsarbeten inte kan ge önskade resultat om en verksamhet är i psykosocial obalans eftersom det inte finns utrymme för att hantera ytterligare krav. Många faktorer hänger samman, och det är viktigt att ledningen på den strategiska nivån har en klar och bred bild över vilka brister som finns i organisationen. Engagerade ledare med rimlig arbetsbelastning och personal som har möjlighet att delta och påverka förändringar är mycket betydelsefulla komponenter men, som vi har kunnat visa, detta räcker inte alltid till när övriga arbetsförhållanden är i obalans.

---

# I. Introduktion

EN ÅLDRANDE BEFOLKNING med ökande behov av vård, service och omsorg är en utmaning för många länder, inte minst i Europa. Europeiska kommissionen skrev i sin policy för folkhälsa 2014, att den åldrande befolkningen är en av de största sociala och ekonomiska utmaningarna för Europa i det 21:a århundradet. En åldrande befolkning ställer ökade krav på en fungerande äldreomsorg, vilket innebär att de institutioner som tillhandahåller vård och omsorg måste hantera såväl yttre krav som interna förändringar för att upprätthålla värdiga nivåer av omsorg och en tillfredsställande arbetsmiljö.

I Sverige erbjuds äldreomsorg till äldre personer i behov av särskilt stöd. Det kan vara i form av hemtjänst i de äldres hem (ordinärt boende) eller i mindre lägenheter (särskilda boenden med service och omvårdnad). Det finns också korttidsboenden som är tillfälliga boenden, exempelvis i samband med behandling, rehabilitering och som avlösning för anhöriga. Utöver hemtjänst och boenden finns dagverksamhet, trygghetslarm och matdistribution som riktas till äldre. Hemsjukvård på primärvårdsnivå har sedan 1990-talet successivt övertagits av kommunerna och idag har de allra flesta kommunerna hand om uppgiften. De äldre i behov av stöd och hjälp ansöker hos kommunernas biståndshandläggare som bedömer behoven och tidsåtgången, och sedan får den kommunala äldreomsorgen eller privata företag, utifrån tillgänglighet och möjliga val, uppdraget att utföra omsorgen.

De största personalgrupperna i äldreomsorgen är undersköterskor och vårdbiträden. Undersköterska inom äldreomsorgen (hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden) är Sveriges vanligaste yrke, och 2017 fanns 136 400 undersköterskor anställda i äldreomsorgen (Socialstyrelsen 2020). Antalet vårdbiträden beräknades 2018 till 76 700 (SCB 2020)<sup>1</sup>. Skillnaden i anställning som vårdbiträde eller undersköterska är framför allt utbildningsnivå utifrån arbetsgivarens kvalifi-

1. För vårdbiträden är äldreomsorgen är inte separat redovisad, utan här ingår vårdbiträden inom alla verksamheter.



kationskrav. Undersköterska är alltså ingen skyddad yrkestitel men kommer att bli det och ett förslag på utformning av övergångsregler är ute på remiss (DS 2020:15).

När det gäller utbildningsnivån i äldreomsorgen finns ingen säker statistik över hur stor andel av undersköterskor och vårdbiträden som har någon form av omvårdnadsutbildning. I SOU 2020:80 anges att nära 40 procent av omsorgspersonalen saknar utbildning men definitionen av vad som räknas in i utbildning är inte helt klart angiven. Andra yrkesgrupper i äldreomsorgen är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. I vissa kommuner finns också dietister, farmaceuter, logopedier och tandhygienister. Enligt personalstatistik 2019 från Sveriges Kommuner och Regioner var 72 procent av de anställda inom vård och omsorg i kommunerna tillsvidareanställda, 6 procent hade tidsbegränsade anställningar och 23 procent var timanställda (SKR 2020).

## Syftet med rapporten

Syftet med den här rapporten är att beskriva förändringars betydelse för äldreomsorgens organisation och arbetsmiljö och därmed dess personal. Vi visar hur stora samhällsförändringar under 1990-talet i Sverige påverkat äldreomsorgens utveckling och hur 1990-talets tänkesätt, reformer och ekonomi kan spåras i dagens verksamhet. Vi presenterar också ett antal studier där vi undersökt förändringar, arbetsmiljö, organisation och ledarskap i äldreomsorgen från 1990-talet och framåt. Vi har även jämfört arbetsmiljön inom äldreomsorgen i Sverige med äldreomsorg i andra länder. Jämförelser har gjorts i vår egen forskning med norra Spanien och andra länder i andras forskning.

Vi har arbetat utifrån tre övergripande frågeställningar som omfattar sambandet mellan förändringar och psykosocial arbetsmiljö, organisering och ledarskap. Med förändringar avses såväl förändringar på samhällsnivå som omstruktureringar och omorganiseringar på organisationsnivå och förbättringsarbeten på arbetslagsnivå. Mer specifikt har vi ställt frågorna:

- › Hur har de omfattande förändringarna på samhällsnivå under 1990-talet kommit till uttryck i äldreomsorgens verksamhet?
- › Finns det en balans mellan krav och resurser i arbetet, och hur är balansen i jämförelse med andra länders äldreomsorg?
- › Vilken betydelse har organisationsförändringar haft för arbetsmiljön och organiseringen i äldreomsorgen?

Rapporten vänder sig till beslutsfattare och politiker på alla nivåer men också till personal i äldreomsorgen. Vår förhoppning är att sätta fokus på arbetsmiljön i äldreomsorgen och på hur

den påverkas av externa beslut och omständigheter och vikten av att säkra en god jordmån, det vill säga skapa en balanserad arbetsmiljö, innan andra förändringsåtgärder sätts in. Vi är övertygade om att detta är grundläggande för att komma vidare ur de problem som äldreomsorgen har dragits med länge och som lyfts fram från verksamheterna själva, ansvariga myndigheter och forskare.

2. SEES står för landskoderna Sverige (SE) och Spanien (ES)

## Rapportens disposition

Vi inleder rapporten med en beskrivning av centrala förändringar på samhällsnivå i början av 1990-talet, som vi anser har haft stor betydelse för äldreomsorgens verksamhet och som vi menar påverkar än idag. Därefter följer en översiktlig genomgång av aktuell forskning om äldreomsorgens arbetsmiljö, organisering och ledarskap. Vi utgår i vår egen forskning från ett arbets- och organisationspsykologiskt perspektiv, vilket fungerar som en avgränsning för de exempel vi lyfter fram i rapporten. Vi har emellertid även sökt kunskap i närliggande områden som behandlar arbetsmiljö, organisering och ledarskap. Krav-resursmodellen (*job demands-resources model*) är det teoretiska ramverk om organisation, psykosocial arbetsmiljö, prestation och hälsa som vi faller tillbaka på i vår slutliga tolkning. Modellen utgår från att det måste finnas en balans mellan arbetskrav (fysiska och psykiska) och individuella och organisatoriska resurser i arbetet. En obalans kan leda till stress, ohälsa och minskad prestation medan en balanserad arbetsmiljö ökar motivationen hos de anställda och leder till positiva utfall både när det gäller hälsa och prestation.

I senare avsnitt gör vi jämförelser med andra nordiska länder och presenterar mer utförligt SEES<sup>2</sup>-projektet som jämfört äldreomsorgen i norra Sverige med den i norra Spanien. SEES-projektet har fått ett större utrymme i rapporten, eftersom det belyser både organisatoriska och individuella faktorer relation till vad som i förlängningen kan leda till personalomsättning, sjukskrivningar och en sämre vårdkvalitet. I projektet läggs särskild vikt vid hur ledarskap, individers inverkan på sin arbetsmiljö och organisationsförändringar relaterar till upplevd vårdkvalitet, hälsa och avsikt att söka annat jobb.

De exempel vi lyfter fram är från tiden före coronapandemin. Vi påbörjade arbetet med rapporten innan pandemin hade tagit fart. Under tiden har det emellertid kommit rapporter om hur spansk personal inom vården uppfattat vilka resurser de hade i arbetet för att hantera pandemin när den bröt ut. Även svenska rapporter har publicerats, till exempel IVO:s rapport om äldreomsorgen för 2020 (IVO 2021) och delbetänkande från Coronakommissionen (SOU 2020:80). Dessa två rapporter har varit inriktade på att undersöka äldreomsorgen i förhållande till coronapandemin medan vårt

fokus har varit äldreomsorgens arbetsmiljö och organisation generellt. Vi har i några delar refererat och hänvisat till dessa rapporter men inte använt dem som underlag, eftersom en stor del av vårt arbete var färdigställt innan dessa rapporter publicerades.

Till sist diskuterar vi med utgångspunkt från tidigare forskning och jämförelsen med andra länder vad vi anser behöver förbättras inom svensk äldreomsorg, när det gäller organisering och psykosocial arbetsmiljö, för att hålla en god omsorgsnivå och en tillfredsställande arbetsmiljö.

## Metod

Utöver exempel från vår egen forskning har vi framför allt sökt större forskningsstudier och forskningsöversikter, både nationella och internationella, som behandlar äldreomsorgens arbetsmiljö och organisering. Vi har också använt enskilda studier i den historiska beskrivningen och som referenser i våra egna forskningsstudier. Generellt har vi sökt efter studier som inte är äldre än fem år, men vi har även använt en del äldre studier som varit relevanta och där vi inte kunnat finna nyare studier. Forskningsöversikter som berör äldreomsorgens personal är betydligt färre till antalet än de som handlar om sjukvårdens personal. I några fall där det saknats relevant forskning om äldreomsorgen har vi därför använt forskning från vården som referenser. Vi har också tagit med statistik och översikter från svenska och europeiska myndigheter för att belysa svenska förhållanden och jämföra äldreomsorg i olika länder.

## Begränsningar

Rapporten avgränsas i stort till att omfatta vissa aspekter av äldreomsorgen och är särskilt fokuserad på organisering och den psykosociala arbetsmiljön för personalen och deras närmaste chefer. Det innebär att fokus för rapporten är de grupper som arbetar i verksamheten närmast de äldre. Det i sin tur innebär att det finns en hel del som vi bara flyktigt berör eller lämnar därhän. Brukarperspektivet<sup>3</sup> är en sådan del som berörs endast indirekt. Vi har medvetet valt att begränsa rapporten till organisering och psykosocial arbetsmiljö, delvis av utrymmesskäl men också för att vi i vår egen forskning varit inriktad på dessa delar. Dessutom är organiseringen och den psykosociala arbetsmiljön centrala också ur ett brukarperspektiv, eftersom en god och resursstark arbetsmiljö leder till bättre förutsättningar för personalen att ha ork och energi att ta sig an de äldre i behov av stöd.

3. När termen brukare började användas inom den offentliga sektorn fanns en önskan att tydliggöra delaktighet och medansvar i aktiviteten att ta insatser, främst sociala insatser, »i bruk«. Detta ansågs ordet brukare signalera (<https://termbank.socialstyrelsen.se/docs/Bruktext.pdf>). Vi har valt att använda benämningen brukare som har internationell motsvarighet i engelskans »users« och spanskans »usuarios« och som betecknar användare av tjänster och omsorg för äldre.

Personalgrupper som ofta faller utanför forskningsstudier är vikarier med kortare anställning och timanställda. Så är också fallet i den här rapporten. Men vi vill betona att dessa grupper är mycket betydelsefulla i äldreomsorgen och hoppas att framtida forskning kan visa mer om deras arbetssituation.

Vi har dessutom endast flyktigt tagit upp behoven av medicinsk kompetens eftersom även det ligger utanför ramen för vår rapport. Det är dock en mycket viktig aspekt av äldreomsorgen, vilket inte minst har visat sig under coronapandemin. Det här området förtjänar en särskild uppmärksamhet av personer med annan kompetens än vår och kommer förhoppningsvis att noga följas upp och åtgärdas framöver. Inte heller har vi berört kostnader och finansiering, men det undersöks bland annat i ett kommande SNS-projekt.

---

## 2. Äldreomsorgen i en föränderlig tid

ÄLDREOMSORGEN I SVERIGE har under årens lopp varit föremål för många förändringar. Det här kapitlet har sin utgångspunkt i 1990-talets samhällsekonomiska kris, reformer samt tankegodis från New Public Management (NPM) som stakade ut riktningen för äldreomsorgens fortsatta utveckling. Vi tar också upp några senare förändringar som haft betydelse. För att illustrera omställningsprocessen lyfter vi fram ett verksamhetsnära exempel på hur chefer i äldreomsorgen under början av 1990-talet arbetade med att förstå och praktiskt implementera den nya inriktningen.

### Krisen och reformerna på 1990-talet

För äldreomsorgens del var 1990-talet på många sätt en omvälvande period i Sverige, inte minst i ljuset av att decenniet inleddes med en djup samhällsekonomisk kris. Krisen omfattade finans- och fastighetsmarknaden och bankerna. En halv miljon människor förlorade sina jobb och BNP sjönk med fem procent under åren 1990–1993. Staten införde en mycket restriktiv ekonomisk politik som för kommunerna innebar att statsbidragen skars ner. Krisen innebar också att kommunernas skatteintäkter minskade och utgifterna för sociala insatser ökade. Detta ledde till nedskärningar, bland annat i äldreomsorgen. Men samtidigt som Sverige var i en djup ekonomisk kris sjösattes en rad reformer som direkt påverkade äldreomsorgen.

Edebalk (2018) beskriver i rapporten *Den »nya äldreomsorgen«. Reträtt och prövningar 1994–2006* flera av de socialpolitiska åtgärder som genomfördes i början av 1990-talet. Den nya kommunallagen 1991 gav kommunerna större frihet att organisera äldreomsorgen och även möjlighet att anlita externa utförare. De riktade statsbidragen till kommunerna ersattes

till stor del av generella statsbidrag och att kommunerna fick större frihet att själva bestämma avgifter inom äldreomsorgen.

Den stora reformen för äldreomsorgens del i början av 1990-talet var den så kallade Ädelreformen. Riksdagen fattade beslutet om dess genomförande 1990, och den sjösattes 1992. Reformen innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för vård och omsorg för äldre. Ädelreformen skulle därmed lösa kommunernas och landstingens svårigheter att samordna sina verksamheter. Kommunernas och landstingens olika perspektiv på äldrevården jämte avsaknaden av ett gemensamt ekonomiskt system för prioriteringar ansågs lägga hinder i vägen för utvecklingen. Genom Ädelreformen skulle endast en huvudman (kommunerna) se till både det sociala och det medicinska perspektivet. Detta skulle leda till bättre kostnadseffektivitet och högre kvalitet. Därför fick kommunerna i och med reformen betalningsansvar för vården av medicinskt färdigbehandlade patienter på sjukhusen. Eftersom detta innebar en ökad kostnad, ökade också kommunernas incitament att ha fler platser för äldre, även de som hade större vårdbehov. Ädelreformen innebar dessutom att landstingens sjukhem övergick i kommunal regi. Sjukhemmen var en sluten sjukhusliknande långtidsvård där de äldre patienterna vårdades i flerbäddsrum. De personalgrupper som flyttade över från landstingen till kommunerna var framför allt undersköterskor och sjuksköterskor. Läkarna blev kvar i landstingens primärvård och sjukhusvård. Ytterligare reformer som handikapp- och psykiatrireformer 1994–1995 påverkade indirekt äldreomsorgen eftersom reformerna innebar att det tillkom fler resurskrävande grupper med behov av stöd och hjälp från kommunerna (Socialstyrelsen 1996; Edebalk, 2018).

De ovan nämnda reformerna, tillsammans med demografiska förändringar och de ekonomiska restriktionerna efter 1990-talskrisen, bidrog till att äldreomsorgens resurser minskade med 15 procent under åren 1990–2000 medan de äldres andel av befolkningen ökade (Trydegård 2012a). En uppföljning som Socialstyrelsen gjorde av Ädelreformen år 1996, visade att de förväntade samordningsvinsterna inte hade uppnåtts, eftersom processen hade försvårats av att flera parallella organisationer fanns kvar i kommunernas eller landstingens regi. Uppföljningen kunde inte ge ett entydigt svar på om resursutnyttjandet hade blivit mer effektivt eller inte, och utvärderarna menade att tiden varit för kort för att kunna utvärdera den delen. I rapporten lyfts åtstramningarna efter den ekonomiska krisen fram som ett stort hinder till att kvaliteten, i termer av social och medicinsk vård och omsorg, inte hade nått upp till de kvalitetshöjande ambitionerna med en huvudman i Ädelreformen. Socialstyrelsens slutsats var ändå att Ädelreformen hade skapat förutsättningar för förbättringar och att man på några områden hade lyckats. De områden som nämns är överföringen av medicinskt färdigbehandlade

4. Landstingen kallas numer regioner.

inom sjukvården till kommunerna och bättre boenden för dementa. En ytterligare positiv aspekt som framhölls var att Ädelreformen innebar en kompetensökning i kommunerna eftersom ett tillskott av medicinskt utbildad personal följt med från sjukhemmen. Samtidigt konstaterar Socialstyrelsen att det hade krävts en rad ytterligare kompetenshöjande åtgärder för att nå Ädelreformens mål att integrera medicinskt och socialt arbete (Socialstyrelsen 1996).

## New Public Management

Den tredje stora påverkansfaktorn för äldreomsorgen under 1990-talet, utöver krisen och reformerna, var synen på offentlig verksamhet och idéströmningarna från New Public Management (NPM). Begreppet definierades av statsvetaren Christopher Hood (1991) i artikeln »A public management for all seasons?«, som ofta citerats. Hood hade ambitionen att sammanfatta det som var gemensamt i en rad förändringar i offentlig ledning och styrning som hade inletts redan på 1980-talet i många länder. I sju punkter sammanställde han det som var mest återkommande när begreppet NPM användes:

1. En professionell ledning som har ett tydligt uppdrag och ansvar för verksamheten.
2. Tydliga produktionsmått och standardisering i verksamheten.
3. Fokus på resultat och uppföljning snarare än procedurer.
4. Bryta upp större organisationer till mindre enheter och använda kontrakt eller franchise både inom och utanför den egna organisationen.
5. Ett skifte mot konkurrens i offentlig sektor.
6. Framhålla ledningsmetoder från den privata sektorn.
7. Betona arbetsdisciplin, motstå fackliga krav och hushålla med resurser genom att »göra mer med mindre«.

I sin artikel tar Hood upp olika ursprung till idéerna kring NPM och varför de har accepterats så brett. En förklaring anser han vara att NPM sågs som ett botemedel mot en svällande kostsam statsbyråkrati och stelnade organisationskulturer. Hood använder begreppet »monolitiska« kulturer som brukar beteckna något slutet och stängt utan möjligheter till variation. Hood menar att NPM ofta presenterades som en universell administrativ tillämpning som kunde användas i alla slags verksamheter och kulturer. Dessutom ansågs det inte vara politiskt bundet utan kunde rymma många olika värderingar även om de politiska strömningarna från den »nya högern« främst förknippades med NPM. Dock anammade även socialdemokratiska regeringar idéerna. Hood argumenterar för att man bör komma bort från att använda NPM som ett uttryck

för politiska värderingar. I stället vill han relatera debatten kring NPM till värderingar som handlar om vad som är en god administration. Han beskriver tre värderingskluster vilka han menar kännetecknar offentlig verksamhet. Dessa är *Sigma* som står för hushållning av resurser, ekonomi och tydliga mål och där resultaten av verksamheten betonas; *Theta* som handlar om rättssäkerhet, ömsesidighet och tillit och där betoningen ligger på processer och procedurer i verksamheten samt *Lambda* vars kärnvärderingar omfattar en robust och uthållig verksamhet som fokuserar på inflöden och processer.

De olika värderingsklustren kan i praktiken vara kombinerade men det är svårt att rymma alla tre klustren samtidigt i samma verksamhet. Värderingar som framhåller rättssäkerhet och stabilitet som grundläggande för offentlig förvaltning blir svåra att kombinera med NPM som fokuserar på *Sigma*-värderingar, såsom hushållning av resurser och kostnadseffektivitet. Exempelvis kräver ett *Lambda*-kluster att det finns ett visst överflöd i organisationen för att kunna behålla stabilitet och agera uthålligt vid kriser och förändringar, medan *Sigma* matchar resurser med väldefinierade uppgifter och syftar till att hålla organisationen »smal« och resultatfokuserad.

Sammanfattningsvis innebar NPM att offentliga verksamheter skulle effektiviseras och marknadsanpassas på ett sätt som liknade verksamheter i den privata sektorn. Andra komponenter var resultat- och målstyrning liksom decentralisering. I en översikt av tjugofem års forskning om NPM i offentlig förvaltning från ett administrativt perspektiv (Funck och Karlsson 2020) pekar författarna på hur NPM som ramverk också har lämnat utrymme för olika tolkningar av effektivisering. Exempelvis kan det handla om intern effektivisering där siktet är inställt på att minska kostnaderna och öka resultaten, men det kan också handla om extern effektivisering i form av att öka kundnöjdhet med vårdtjänster. Enligt författarna verkar det som om diskussionen inom vårdsektorn har varit mer inriktad på att mäta produktivitet och resultat medan utbildnings- och servicesektorerna riktat uppmärksamheten mot att attrahera kunder.

## Utvecklingen efter 1990-talet

Den ökade marknadsinriktningen inom vård och omsorg har studerats i forskningen och flera forskare har lyft fram Sveriges snabba spridning och implementering av idéerna från NPM (Trydegård 2012b; Czarniawska och Solli 2014). Många forskare delar inte Hoods »opolitiska« syn på NPM-idéerna, utan tydliga kopplingar har gjorts till nyliberala ideologier där bland andra Ronald Reagan i USA och Margaret Thatcher i Storbritannien var drivande politiskt. Även om ambitionen var att förändringarna som följde av NPM skulle leda till att minska



en tung byråkrati kom det administrativa arbetet i kommunerna att öka eftersom de nya styr- och ledningsmodellerna krävde mer uppföljning och samordning och nya funktioner tillsattes. Ett exempel på nya funktioner i äldreomsorgen var att dela upp den så kallade myndighetsutövningen och arbetsledningen i biståndshandläggare och enhetschefer. Tidigare hade dessa uppgifter utförts av hemtjänstassistenter som var arbetsledare till personalen i äldreomsorgen och som också gjorde bedömningen av vilket stöd de äldre kunde få. Genom att separera de två funktionerna och införa en beställare–utförare-modell kom biståndshandläggaren att bli den som bedömer stödbehovet och vilket bistånd som kan vara aktuellt. Därefter beställs omvårdnad utifrån de beviljade insatserna. Beställningen kan sedan utföras av kommunala utförare eller privata aktörer, vars insatser kom att öka i betydelse över åren. Biståndsbesluten har med tiden blivit alltmer standardiserade och tidsatta (SOU 2020:80). Ljung och Ivarsson Westerberg (2017) menar att målstyrningen har blivit en detaljstyrning där marknadslogiken står i kontrast mot omsorgslogiken, det vill säga den logik som borde prägla verksamheten. För omsorgspersonalens del har det här inneburit en försämrad arbetsmiljö i form av ökad belastning. Arbetsuppgifter som omfattar någon form av dokumentation, exempelvis redovisning av insatser och tid, har ökat för personalen i äldreomsorgen och de mer än fördubblades mellan 2005 och 2015 (Stranz och Szebehely 2018; Strandell 2020).

Trydegård (2012a, 2012b) har lyft fram några aspekter om vad som hänt tjugo år efter Ädelreformen. Hon pekar bland annat på att det kommunala betalningsansvaret för färdigbehandlade patienter fått avsedd effekt, vilket även Socialstyrelsen konstaterade i sin utvärdering redan 1996. Kommunerna övertog i och med Ädelreformen hälso- och sjukvårdsansvar och insatserna koncentrerades därefter alltmer på en mer vårdkrävande grupp äldre. Eftersom nya grupper med större vårdbehov tillkom, ökade kraven på medicinsk kompetens hos kommunernas personal. Många kommuner hade anordnat undersköterskeutbildningar för att möta kompetenskraven även om en del medicinskt utbildad personal från sjukhemmen blev kommunanställda i samband med Ädelreformen. Särskilda tjänster som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inrättades också med reformen men läkarna gick inte över till kommunernas organisation. Äldreomsorgens resurser fortsatte däremot att minska i relation till andelen av den äldsta befolkningen, och under åren 2002–2009 minskade de med 13 procent och medförde att en allt mindre andel av de äldsta fick stöd från äldreomsorgen. År 1992 fick 53 procent av de äldre, det vill säga över 80 år, i befolkningen någon form av stöd medan andelen sjunkit till 37 procent år 2011. Enligt Socialstyrelsen (2020) har för närvarande 36 procent av befolkningen som är 80 år eller äldre stöd i form av hemtjänst, särskilt

boende eller korttidsboende. Det innebär att andelen äldre som har insatser inte har minskat nämnvärt under 2010-talet. Extra statliga medel till äldreomsorgen har också tillförts under 2010-talet, bland annat för att öka antalet anställda.

Senare reformer är exempelvis lagen om valfrihetssystem (LOV) som kom 2009 och reglerar hur välfärdstjänster, som äldreomsorg, kan utföras av privata aktörer utifrån beställningar från kommuner och regioner. Detta har ytterligare bidragit till en ökad administrativ hantering i kommunerna som omfattar bland annat upphandling, samordning, kontrollsystem och kvalitetssäkring (Ljung och Ivarsson Westerberg 2017). Enligt Socialstyrelsen (2019) utförs cirka 17 procent av äldreomsorgen i hemtjänsten och drygt 19 procent på särskilda boenden i privat regi, men det varierar ganska mycket över landet.

I Socialstyrelsens lägesrapport från 2020 beskrivs hur hemtjänstens andel har ökat, och antalet kommuner som uppger att de har ett underskott av platser i särskilda boenden har ökat från 116 till 127 mellan 2018 och 2019. Väntetiden från beslutet att få plats på ett boende till att den äldre faktiskt kan flytta in har också ökat mellan 2018 och 2019 med 14 dagar och är i medeltal 67 dagar. Väntetiden till boende varierar dock stort mellan kommunerna. När det gäller hemtjänsten har kontinuiteten försämrats mellan 2007 och 2019. År 2007 mötte den äldre 12 olika personal under en tvåveckorsperiod, medan motsvarande siffra år 2019 var 16 olika personal. I genomsnitt gör hemtjänstpersonalen 15 besök per dag och mer än hälften av dessa besök är 15 minuter eller kortare (Stranz och Szebehely 2018).

Samtidigt ökar andelen insatser från anhöriga där ungefär 40 till 50 procent av alla omsorgstimmar beräknas vara utförda av andra äldre (Socialstyrelsen 2020). Dessa informella insatser kan vara mycket omfattande, vilket är behövligt exempelvis vid demenssjukdom. Sammantaget svarar anhöriga för merparten av insatserna gentemot de äldre, men eftersom insatserna till största delen är oavlönade saknas statistik om den faktiska omfattningen (SOU 2017:21).

## Förändringarna ur ett ledarperspektiv

Ett verksamhetsnära exempel från vår egen forskning på 1990-talet visar hur åtstramningar i de ekonomiska förutsättningarna, ett förändrat huvudmannaskap via Ädelreformen, ny lagstiftning och implementeringen av nya styrformer påverkade de anställda i äldreomsorgen. Detta exempel återfinns i en intervjustudie (Westerberg 1999) med hemtjänstassistenter, arbetsledare och föreståndare<sup>5</sup> och sammanfattas kort här. I ruta 1 beskrivs urvalet i intervjustudien.

Syftet med studien var att undersöka vilka dilemman ledar-

5. Hemtjänstassistenter, arbetsledare och föreståndare kom senare att kallas första linjens chefer eller enhetschefer. Vi har valt att använda begreppet ledare i stället för chefer i vår studie för att inte sammanblanda deltagarna med chefer på högre nivå i organisationen.

---

#### Ruta 1. Urval Westerberg (1999)

Elva ledare från en större och en mindre kommun intervjuaades. Urvalet av kommuner baserades på ledningens uttryckta intresse att fördjupa kunskapen om hur Ädelreformen påverkade arbetet. Samtliga ledare i den mindre kommunen tillfrågades och alla tackade ja till att delta. I den större kommunen gjordes ett representativt urval som speglade de olika typer av äldreomsorg som fanns, det vill säga hemtjänst, särskilt boende och

tidigare sjukhem. Alla som tillfrågades tackade ja. Alla utom en ledare hade lång erfarenhet av att arbeta i äldreomsorgen, och de flesta hade varit ledare i mer än sju år. Urvalet är dock begränsat till två kommuner och även om många känner igen resultaten från den tiden, så går det inte att generalisera till alla kommuner. Alla har sin egen historia och tanken är att det här exemplet ska belysa hur förändringarna konkret kunde komma till uttryck i arbetet.

---

na uppfattade i sitt arbete och vad de såg som mest problematiskt att hantera. Intervjumaterialet bearbetades genom att vi tematiskt analyserade innehållet i utsagor där ledarna uttryckte svårigheter, konflikter eller dilemman (Antaki 1994). På så sätt framträdde sex separata teman i materialet: *Fokus för arbetet*, *Mellanpositionen*, *De två kulturerna*, *Budgeten*, »*Det är mig det är fel på*« och *Lagarna*.

#### FOKUS FÖR ARBETET

De mest frekventa utsagorna handlade om vad som skulle vara centralt för arbetet i äldreomsorgen. Här framträdde tydligt ett förändrat sätt att tänka kring de äldre brukarna, inte minst i de benämningar som ledarna använde: servicemottagare, vårdtagare, pensionär, hyresgäst och patient. Ledarna arbetade med att förändra personalens synsätt på vad som skulle vara fokus i deras arbete med de äldre. Personalen skulle tänka mindre på service och hushållssysslor och i stället inrikta sig mot personlig omvårdnad. Det fanns flera exempel på vad som ansågs vara överdriven omsorg om att sköta ett hem. Ett exempel var att personalen skulle sluta mangla lakan och överge ambitionen att åstadkomma ett skinande blankt hem. I stället skulle brukarnas omvårdnad vara i fokus. Men det var inte bara personalen som behövde tänka nytt. Även ledarna behövde anamma den nya inriktningen och några mindes ålderdomshemmen som miljöer där alla behov kunde tas om hand. Ett annat exempel på hur arbetet förändrades var att de som hade arbetat på sjukhem nu fick sina patienter omvandlade till hyresgäster. När de äldre var patienter i landstingens vård fördes alltid journal men hyresgäster kunde ju inte journalföras, och det uppstod en förvirring kring vilken typ av dokumentation som skulle finnas. De anhöriga var också en grupp som skulle skolas in i ett nytt tänkande. De var nu tvungna att lära sig att allt inte skulle bli omhändertaget av kommunen utan att »anhöriga måste fortsätta att vara anhöriga«.

## MELLANPOSITIONEN

Ledarna såg sin position i organisationen som inklämd mellan högre chefer och politiker å ena sidan och personal och brukare å andra sidan. Detta framkom tydligast när ledarna beskrev hur de skulle implementera nya regler och påbud som kom »uppifrån«. Det kunde vara svårt att försvara nedskärningar liksom att sprida tanken på de sköraste äldre som hyresgäster i egna lägenheter, i stället för som sängliggande patienter.

## DE TVÅ KULTURERNA

I och med Ädelreformen skulle ledare från kommunen respektive landstinget utveckla en ny, gemensam bild av organisationen. Ledarna från landstinget, sjuksköterskorna, identifierades och identifierade sig själva med en sjukhuskultur där det inte funnits något utrymme för patientens självbestämmande. De som hade genomgått utbildning till ålderdomshemsföreståndare, vilken hade mer vårdinslag än senare ledarutbildningar i äldreomsorgen, beskrev liknande attityder. I kontrast till sjukhuskulturen ställdes de sociala perspektiven, till exempel att »se till det friska« och att inte »ta över« allt kring de äldre utan ge dem möjlighet att ha kontroll över sin egen vardag.

## BUDGETEN

Nedskärningar i äldreomsorgen var ett återkommande tema i intervjuerna. Ledarna uppgav att de saknade stöd från de lokala politikerna när den reducerade budgeten krävde att de skulle göra prioriteringar. Några framhöll att målen för äldreomsorgen måste ändras först för att ge vägledning i vad som skulle skäras ner.

## »DET ÄR MIG DET ÄR FEL PÅ«

Det fanns en hel del utsagor i intervjuerna som handlade om att det var ledarna själva som hade någon form av brist för att klara de nya arbetsuppgifterna. Det kunde vara fel utbildning, fel på den egna kompetensen eller kapaciteten. Det fanns även delar som handlade om att ledaren på grund av sitt kön hade fel ledarbeteende och agerade för mycket som »mamma« och tog hand om för mycket. Detta ställdes i kontrast till ett mer professionellt och manligt ledarbeteende där ledaren arbetar strategiskt med hjälp av kostnadseffektivisering, delegering, förhandling och administration.

## LAGARNA

Ett dilemma som ofta diskuterades var vilken lag som vägde tyngst: arbetsmiljölagen, AML, eller socialtjänstlagen, SoL. Här fanns en rad exempel på när de båda lagarna ställdes mot varandra. Ett var när brukarna saknade utrustning i sina hem så att personalen inte kunde utföra sitt arbete på ett arbetsmiljömässigt säkert sätt. Ledarna efterlyste tydligare besked från sina chefer om hur de skulle hantera den typen av konflikter.

## Ett nytt sätt att tänka i äldreomsorgen

Vad vi kan se i föregående avsnitt är hur arbetsledare och föreståndare i äldreomsorgen försökte hantera sitt ledarskap och sin verksamhet i ljuset av de nya synsätt och reformer samt den kris som kom under 1990-talet. Patienterna blev hyresgäster, anhöriga skulle fortsätta vara anhöriga, det blev viktigt att se till det friska, att inte ta över för mycket och att fortsätta utveckla »hjälp till självhjälp« för de äldre. Samtidigt betonades att den personliga omvårdnaden (som kan omfatta påklädning, personlig hygien, matning och vissa vårduppgifter) framför service (exempelvis hjälp med städning, klädvård, mathantering och ärenden) skulle vara fokus för äldreomsorgen. Resultaten kan tydligt sättas i relation till reformerna, NPM och den ekonomiska krisen och kan beskrivas som att man sätter brukaren i centrum på ett nytt sätt, betonar målstyrning och delegering, beskriver olika kulturer i arbetet med äldre och talar om marknadsanpassning och effektivisering.

Flera utsagor i intervjuvarna pekar mot det nya sättet att sätta *brukaren i centrum*. Det fokuserades exempelvis mer på den personliga omvårdnaden och på att släppa tankarna på ett »skinande blankt hem«, som en av ledarna uttryckte det. Det här var en effekt, bland annat, av att fler sköra äldre med större behov av personlig omvårdnad kom in i den kommunala verksamheten i och med Ädelreformen, samtidigt som det fanns sparbeting som innebar att äldreomsorgen inte längre kunde »ta hand om allt«. Det handlade också om att den personliga integriteten och att brukarnas självbestämmande i egna särskilda boenden framhölls som allt viktigare i samband med Ädelreformen. Över tid kom även det ökade självbestämmandet för de äldre att innebära att de kunde välja vilken utförare de önskade i många kommuner. Ett dilemma som uppstod genom att ledarna satte brukaren i centrum var att det blev svårare att hantera personalens arbetsmiljö, särskilt i hemtjänsten. I intervjuerna beskrev ledarna hur de hade försökt få raka svar på vilket lagutrymme som hade företräde, men generellt upplevde de att det var oklart. Den här motsättningen finns fortfarande kvar i verksamheten, vilket vi skriver mer om i kapitel 3 (s. 35) där Arbetsmiljöverkets tillsyn 2020 visar att högsta ledningens kunskaper om arbetsmiljöansvaret i vissa fall är otillräckliga och att mycket ansvar läggs på första linjens ledare. Fokus är på brukarna, vilket är helt rimligt, men vi menar att det ska inte behöva betyda att personalens fysiska och psykosociala arbetsmiljö lämnas därhän.

1990-talets decentraliseringsvåg och införande av NPM ökade, som sagt, de verksamhetsnära ledarnas befogenheter och ansvar. Det syntes genom utsagorna om *målstyrning och delegering* i intervjuerna. De ekonomiska åtstramningarna i äldreomsorgen var problematiska för ledarna att motivera, och den decentraliserade organisationen gjorde att det nu var

ledarna i första linjen som hade delegerats budgetansvar och skulle utföra prioriteringar i sina respektive enheter. Även här efterfrågades mer stöd från högre strategisk ledning och från politiker eftersom ledarna ansåg att det var svårt att uppfylla målen med minskade ekonomiska resurser.

Det fanns en underton i intervjuerna av en ny professionalisering av ledarrollen. Nya managementteorier skulle användas och alltför omfattande omhändertagande och service skulle tonas ner. Det här ledarbeteendet kändes inte igen i beskrivningen av hur de *de två kulturerna* uppfattades, det vill säga de delar av äldreomsorgen i kommunerna och landstingen som sammanfogats i och med reformerna. Snarare verkar synen på ledarskapet vara något som växte fram i samband med implementeringen av NPM där beslutslinjen skulle bli tydligare och decentraliseringen i organisationen krävde en ökad delegering av befogenheter och ansvar.

När intervjuerna gjordes hade beställar-utförare-modeller ännu inte börjat tillämpas och det var fortfarande de verksamhetsnära ledarna i kommunen som bedömde de äldres behov och såg till att de möttes upp. Införandet av biståndshandläggare, som beskrivits tidigare, var en del av den *marknadsanpassning* som följde på NPM. I de två kommuner som deltog i intervjustudien var det vid intervjutillfället endast kommunen som utförde äldreomsorg. De ekonomiska nedskärningarna och inriktningen mot ett ökat brukarfokus som kommer fram i intervjuerna kan tolkas som både extern och intern *effektivisering*, inspirerade av tankegångar från NPM där kostnader och resultat likaväl som »kundnöjdhet« ingår. Men nedskärningarna var också ett resultat av den finansiella krisen och Ädelreformen medförde ett förändrat brukarfokus, vilket i den här studien gör det svårt att separera vad som ledde fram till den förändringen.

Sammantaget visar resultaten hur sammanflätade reformerna var med nya sätt att tänka kring offentlig verksamhet under de här åren. Den ekonomiska krisen, NPM och reformerna löper sida vid sida ute i verksamheterna och påverkade direkt det dagliga arbetet för ledarna och personalen. Synen på relationerna till brukare och anhöriga förändrades också, och båda grupperna förväntades ta mer aktiv del i äldreomsorgen. Den här rapporten kan inte visa ett direkt orsakssamband mellan styrformer och arbetsmiljö i äldreomsorgen, men det är viktigt att ha med både historiken och kontextens framväxt när man ska försöka förstå varför äldreomsorgens arbetsmiljö ser ut som den gör. Genom en sådan förståelse kan det vara lättare att hitta vägar framåt för att förbättra arbetsmiljön.

---

# 3. Äldreomsorgens arbetsmiljö och ledarskap

EN RELATIVT VANLIG utgångspunkt i arbetsforskning är att de sätt som arbetet organiseras på och hur förändringar i organisationen genomförs har betydelse för både ledarskap och arbetsmiljö (se exempelvis Sverke m.fl. 2016). Arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) tar fasta på detta. Därmed har man frångått det vanligare begreppet psykosocial arbetsmiljö, och förtydligat organisationens betydelse för medarbetarnas arbetsmiljö och hälsa. Genom att organisera arbete skapas struktur för vad som ska göras, hur det ska göras, när det ska göras och av vem. En tydlig organisation ger klara gränsdragningar mellan dessa aspekter. Det ger tydlighet för medarbetarna, något som i sin tur kan anses vara positivt. Om organisationen blir alltför strukturerad kan den emellertid bli stelbent och oflexibel, vilket inte är förenligt med den snabbt föränderliga omvärld som organisationen kontinuerligt måste anpassa sig till för att vinna marknadsandelar (privat sektor) eller tjäna samhället på ett effektivt och tidsenligt sätt (offentlig sektor) (Allvin m.fl., 2006).

De teoretiska forskningmodeller som behandlar arbetsmiljön handlar främst om den psykosociala arbetsmiljön. I det här kapitlet presenterar vi tre modeller som ofta används i just forskning om och utvärdering av psykosocial arbetsmiljö. Den mest framträdande är den traditionella krav-kontroll-stödmodellen (Karasek och Theorell 1990) som utvecklades under den tid då samhället dominerades av industriarbete. Ansträngning-belöningsmodellen (Siegrist 1996) kom under 1990-talet och antog att status och belöning var viktigare än kontroll över arbetet. I början av 2000-talet kom job demand resources-modellen, JD-R (Bakker och Demerouti 2007, 2017), eller krav-resursmodellen som den kallas på svenska. Den kan ses som en utveckling av de två tidigare teorierna och är mer ett ramverk än en teori. I detta ramverk kan man placera

andra teorier, till exempel om organisationens påverkan på arbetsmiljön.

I kapitlet presenteras teorier, forskning och rapporter som beskriver och undersöker den psykosociala arbetsmiljön för medarbetare och chefer i äldreomsorgen. Här tar vi även upp exempel på förändringar som har syftat till att förbättra kvaliteten i äldreomsorgen och hur de relaterar till arbetsmiljön. Till sist lyfter vi fram forskning om relationen mellan personalens arbetsmiljö och brukarnas syn på kvaliteten.

## Teoretiska modeller om psykosocial arbetsmiljö

### KRAV-KONTROLL-STÖDMODELLEN

Den mest använda teoretiska modellen inom forskningen om psykosocial arbetsmiljö är som sagt krav-kontroll-stödmodellen (Karasek och Theorell 1990). Teorin definierar krav som tidspress samt fysiska och psykiska krav medan kontroll handlar om att ha kontroll över vilket arbete som ska genomföras och hur det ska göras. Stöd operationaliseras i mångt och mycket som den stämning som råder på arbetsplatsen mellan arbetskamrater och mellan chef och medarbetare.

Enligt denna modell är det mest hälsosamma arbetet ett aktivt arbete, vilket innebär ganska höga krav, men också hög kontroll. Ett annat hälsosamt alternativ är det avspända arbetet som innebär ganska låga krav i kombination med hög kontroll. Det arbete som innebär höga krav och låg kontroll kallas spänt arbete och innebär en ökad risk för stress och ohälsa som kan följa i form av exempelvis hjärt-kärlsjukdom (Kivimäki m.fl. 2012) och depression (Madsen m.fl. 2017).

Krav-kontroll-stödmodellen definierar även passiva arbeten, det vill säga de arbeten som kännetecknas av låga krav och låg kontroll. Passivitet kan leda till brist på meningsfullhet, brist på utveckling och till att man upplever arbetet som tråkigt, vilket i sin tur kännetecknar det ganska nyligen definierade begreppet *bore-out* (Stock 2015). *Bore-out* har i sin tur visat sig ha ett samband med stress, depression och ångest (Öszungur 2020). Stödet på arbetet å andra sidan ses som en buffert. Stödet kan komma från kollegor och chefer och har, i linje med annan forskning om stöd och hälsa, visat sig skydda mot ohälsa (t.ex. Olstad m.fl. 2001).

### ANSTRÄNGNINGS-BELÖNINGSMODELLEN

Krav-kontroll-stödmodellen skapades när samhället fortfarande definierades som ett industrisamhälle, mer exakt under slutet av 1970-talet. Sedan dess har samhället utvecklats till ett kunskaps- och informationssamhälle, och under 1990-talet lanserades ansträngnings-belöningsmodellen (Siegrist 1996). Den utgår från en kravdimension som påminner mycket om



den i krav-kontroll-stödmodellen men som kallas ansträngning. Ansträngningsdimensionen sätts emellertid i relation till belöning och inte till kontroll. Belöning handlar om både monetär belöning och belöning i form av status, återkoppling och stöd. En obalans där ansträngningen är högre än belöningen leder till en ökad risk för stress och ohälsa (Dragano m.fl. 2017). Enligt teorin kan man medvetet försätta sig i en sådan obalans under en kortare period, till exempel under utbildningstiden, eftersom man vet att det kommer att leda till något bättre i slutänden. Ansträngnings-belöningsmodellen är kompletterad med en personlighetsdimension: överengagemang i arbetet. Överengagemang handlar om att inte kunna släppa tankarna på arbetet. Arbetet finns med en hela tiden, även när man är ledig och det är dags för återhämtning. I teorin skulle ett sådant personlighetsdrag som överengagemang i arbetet bidra till ökad risk för stress givet en obalans mellan ansträngning och belöning. Det här har inte riktigt kunnat bevisas, men överengagemang i arbetet som enskild faktor har visat sig ha negativa konsekvenser för hälsan (se exempelvis Åkerstedt m.fl. 2012).

#### KRAV-RESURSMODELLEN

Krav-resursmodellen (Bakker och Demerouti 2007) tar ett bredare perspektiv än sina föregångare. Den uppstod ur den kritik som hade riktats mot att de tidigare teorierna definierade krav och resurser ur ganska snäva perspektiv. Krav-resursmodellen utgår i stället från att ingen organisation är den andra lik och att alla organisationer verkar i en för dem unik verklighet. Därför definieras krav utifrån den studerade organisationens egna krav och dess resurser definieras utifrån de resurser som står till buds. Till krav-kontroll-stöd- och ansträngnings-belöningsmodellerna hör särskilda enkätinstrument. Men eftersom krav och resurser definieras som organisationsspecifika i krav-resursmodellen, måste varje studie identifiera vilka enkäter som bäst speglar den studerade organisationen. Således finns inget särskilt enkätinstrument kopplat till krav-resursmodellen. Det är anledningen till att modellen snarare är att betraktas som ett teoretiskt ramverk än en egen teori.

Med begreppet krav avses både fysisk (exempelvis tunga lyft, obekväma arbetsställningar, arbetstakt) och psykisk (exempelvis ensamarbete, krävande sociala relationer, inre krav, otydliga roller) arbetsbelastning. I begreppet resurser kan monetära resurser ingå, men det handlar mest om organisatoriska resurser, såsom möjlighet till kontroll, stöd och rättvisa i arbetet liksom gott ledarskap och medarbetarskap, och individens resurser, såsom förmåga att hantera stress, ta initiativ, anpassa sig till organisationens krav och ta till sig stöd. Således definieras resurser i den här rapporten som organisatoriska och individuella, och inte monetära. En obalans där kraven

*överstiger* resurserna kan leda till stress, vantrivsel, minskad prestation och ohälsa, medan en miljö där resurserna är tillräckliga och väl anpassade till kraven kan leda till motivation och möjlighet att skapa och forma sitt arbete och därmed trivsel på arbetet, god prestation och hälsa.

Krav-resursmodellen är flexibel till sin natur, eftersom den utgår från att man måste anpassa studiet av den psykosociala arbetsmiljön till den arbetsplats man är intresserad av. Den här flexibiliteten gör krav-resursmodellen lämplig att använda för HR-avdelningar. Ur ett forskningsperspektiv innebär det emellertid att man måste vara noga med att definiera och operationalisera vad man verkligen studerar. Modellen fungerar dock bra som ett ramverk för att förstå den komplexitet som den psykosociala arbetsmiljön utgör.

### BALANSEN I DEN PSYKOSOCIALA ARBETSMILJÖN

Gemensamt för de beskrivna arbetsmiljömodellerna är att de lyfter fram vikten av att krav och resurser måste vara i balans för att den psykosociala arbetsmiljön ska vara god och bidra till produktivitet, arbetsglädje, trivsel och hälsa. Det betyder inte att varje arbetsdag måste vara balanserad, men över tid behöver kraven och resurserna vara i någorlunda jämvikt.

Krav-resursmodellen är tydlig med att kraven och resurserna kan härstamma från både organisationen och från individen själv. Modellen visar att kraven kan vara höga förutsatt att den anställda har tillräckligt med resurser (organisatoriska och/eller individuella) att hantera dem. På senare tid har krav-resursmodellen kompletterats med begreppet arbetsomformning<sup>6</sup>. Möjligheten att omforma sitt eget arbete ses som en resurs som kan balansera kraven som ställs (Demerouti 2014). Att omforma sitt eget arbete innebär att kunna ta egna initiativ och anpassa arbetet efter vad som krävs i vardagen. Det här ger kontroll över arbetet, något som känns igen som en viktig del i balanserandet med arbetets krav också från krav-kontroll-stödmodellen. Krav-resursmodellen visar att möjligheten till arbetsomformning ökar när kraven och resurserna är balanserade och minskar när de inte är det. I en psykosocialt balanserad miljö ökar alltså möjligheten att anpassa sitt arbete efter de egna och de organisatoriska resurser som finns, vilket i sin tur bidrar till en medarbetares egen balans och därigenom möjlighet till ökad prestation och god hälsa. Sett ur ett organisatoriskt perspektiv kan man säga att en psykosocialt balanserad organisation ger goda förutsättningar för medarbetaren att hantera höga krav genom att medarbetaren kan omforma och anpassa arbetet efter de givna förutsättningarna.

Enligt modellen leder alltså en välbalanserad arbetsmiljö till hög produktivitet, prestation och hälsa. Hög produktivitet och prestation är termer som för tankarna till att producera varor och produkter i högt tempo. Inom äldreomsorgen handlar det däremot om mjukare termer såsom god vårdkvalitet och

6. Det engelska begreppet är job crafting.

nöjda brukare. Oavsett om man arbetar inom privat eller offentlig sektor måste man emellertid som individ ta till olika strategier (så kallade copingstrategier) för att hantera arbetet när kraven är höga och resurserna låga. En resolut strategi är att avsluta sin anställning som ett sätt att komma ur en belastande arbetssituation. Beteenden som detta kan spridas och bli en kollektiv copingstrategi i en organisation och kan i förlängningen komma att visa sig i hög personalomsättning. En annan copingstrategi är att engagera sig extra mycket i sitt arbete för att kompensera för de bristande resurserna. Det i sin tur kan på sikt visa sig i en oförmåga att koppla av och återhämta sig, och öka risken för sjukskrivningar. Överengagemang är det begrepp som har använts i forskningen för att beteckna det här tillståndet, och överengagemang bidrar till både fysiska och psykiska hälsoproblem (Joksimovic m.fl. 2002; Åkerstedt m.fl. 2012).

## Att jobba i äldreomsorgen: medarbetarnas arbetsmiljö

Trots att den svenska arbetsmarknaden har den största andelen kvinnlig arbetskraft i världen, har Sverige en starkt segregerad arbetsmarknad. Exempelvis är 92 procent av de cirka 150 000 anställda inom äldreomsorgen kvinnor (Socialstyrelsen 2019). Den största gruppen är undersköterskor som 2017 beräknades vara 136 400 anställda (Socialstyrelsen 2020). Det är inte bara arbetsmarknaden som är uppdelad i kön. Även sjuktalen följer detta mönster eftersom andelen sjukskrivna kvinnor (särskilt av stressrelaterade orsaker) länge har varit högre än andelen sjukskrivna män. Äldreomsorgens personal är en yrkesgrupp som är sjukskriven i större omfattning än nästan alla andra yrkesgrupper, även i jämförelse med andra kvinnodominerade grupper inom kommunal verksamhet (SKR 2019). Under 2017 var äldreomsorgens personal sjukskriven i genomsnitt i 20 dagar, vilket var dubbelt så mycket som andra anställda i Sverige (Socialstyrelsen 2020).

Den dubbla arbetsbörda som kvinnor ofta bär genom att både förvärvsarbeta och ta störst ansvar för hem och hushåll har angivits som den främsta orsaken till skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män. Men forskning visar att det faktum att kvinnor och män är anställda i olika sektorer, branscher, organisationer och yrken också är en förklaringsfaktor till könsskillnader i sjuktalen (Sverke m.fl. 2016). Exempelvis visar studier om kvinnor och män som arbetar med samma saker i samma sektor och organisation på små skillnader i psykosocial arbetsmiljö och hälsa (Falkenberg m.fl. 2015; Westerbergh och Armelius 2000).

Det finns också ett par andra specifika förhållanden i äldreomsorgens personalsammansättning som är viktiga att notera.

För det första är en stor andel av personalen födda utanför Sverige. I Stockholm var 55 procent av personalen utrikesfödda år 2017. För hela riket var motsvarande andel 28 procent (Socialstyrelsen 2019). För det andra rycker en stor grupp timanställda ut och genomför arbetet när ordinarie personal saknas. Ungefär 23 procent av personalen inom kommunal vård och omsorg är timanställda (SKR 2020). Det kan således behövas riktade utbildningsinsatser av olika slag utöver de som verksamheten eventuellt normalt kan ge. Som timanställd kan man få arbeta på många äldreboenden och det kan vara svårt att sätta sig in i och komma ihåg de olika boendenas rutiner. Detsamma gäller för hemtjänsten. Det finns därför all anledning att se närmare på äldreomsorgens arbetsförhållanden och dess betydelse för personalens hälsa.

I forskningsstudier brukar arbetsituationen i äldreomsorgen generellt beskrivas i termer av hög fysisk och psykisk belastning (höga krav) där resurserna i arbetet är begränsade i relation till belastningen. En studie (Skovdahl m.fl. 2008) som undersökte och jämförde arbetsbelastningen 1993 och 2002 visade att kraven ökat under den perioden. En orsak till detta, menar forskarna, har troligen att göra med att de som får stöd är äldre och skörare än tidigare. Ofta uppfattas resurser i form av socialt stöd från arbetskamrater, och även från närmaste chef när den finns tillgänglig, som gott, medan stödet från organisationen, exempelvis belöningar och utvecklingsmöjligheter, uppfattas som lågt (Arbetsmiljöverket 2020; Szebehely m.fl. 2017). Ur personalens perspektiv ses arbetet som viktigt och meningsfullt medan det har en låg status i andras ögon.

Ytterligare en faktor – rolltydlighet – som inte har belysts lika ofta, är viktig att nämna när man talar om äldreomsorgens arbetsmiljö. Rolltydlighet har att göra med yrkesrollen och arbetsuppgifterna och kan beskrivas i termer av att känna till målen för verksamheten, ansvarsområdet för jobbet och vad som förväntas. Eftersom arbetskraven ökat i äldreomsorgen samtidigt som personalgrupperna per enhetschef blivit större (SOU 2017:21), har personalens ansvar blivit mer omfattande. Ett utökat ansvar för fler arbetsuppgifter kan leda till brist på rolltydlighet och ökad rollkonflikt. Detta kan i förlängningen ha negativa konsekvenser och leda till ökade sjukskrivningstal (Indregard m.fl. 2017).

Den höga fysiska och psykiska arbetsbelastningen, det bristande organisatoriska stödet och de begränsade resurserna, som forskningen har pekat på, bekräftas av Arbetsmiljöverkets inspektioner. I mars 2020 publicerades Arbetsmiljöverkets rapport *Risikfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg*. Över tusen arbetsplatser i äldreomsorgen hade inspekterats och 87 procent av arbetsställena hade allvarliga brister som de hade fått krav på att åtgärda. De vanligaste bristerna handlade om att systematiskt arbetsmiljöarbete och

riskbedömningar inte gjordes regelbundet, att rapportering och utredning av tillbud hade stora brister och att arbetsmiljön inte aktivt hade följts upp av ledningarna. Det handlade också om att den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inte hade undersökts regelbundet, att effekterna av åtgärder inte följts upp, att tidsstyrningen gjorde att personalen inte hade utrymme för återhämtning, reflektion och möten med kollegor och chefer samt hur oväntade situationer med brukarna hanterades. Andra områden som brast var det förebyggande arbetet och utbildningen i belastningsergonomi, utrustningen och arbetsmiljön i hemtjänsten, liksom arbetsuppgifter som utförts men som inte fanns beskrivna och därför förblivit »osynliga«. I ledning och huvudmannaskap fann man brister som tog sig uttryck i den stora arbetsbördan hos första linjens chefer, som både hade hög arbetsbelastning och stort antal underställda. Arbetsmiljöverket gav exempel på omständigheter som innebar att en chef var ansvarig för 120–150 underställda medarbetare. De fanns också arbetsplatser med hög sjukfrånvaro där högsta ledningen saknade kännedom om detta och generellt förväntade sig att arbetsmiljöfrågor skulle lösas på enhetsnivå. Arbetsmiljöverket fann att kunskaperna om arbetsmiljöansvar ofta var otillräckliga hos politiker och hos styrelsemedlemmar i privata företag, och att dessa uppfattades ha sitt fokus på brukarna snarare än på personalens väl och ve.

Sammantaget ger Arbetsmiljöverkets inspektioner en bild av en verksamhet som har stora brister när det gäller att tillgodose en god arbetsmiljö. Den delegering som tog fart under 1990-talets decentralisering där första linjens enhetschefer blev ansvariga för verksamhet, personal och budget, tycks på sina håll ha resulterat i att arbetsgivaren, som är formellt ytterst ansvarig för arbetsmiljön, inte längre haft en aktiv hållning i arbetsmiljöfrågor. Effektiviseringen, exempelvis i form av tidsstyrning som de anställda inte kan påverka, har drivit upp tempot och ökat arbetsbelastningen. Därmed har tiden minskat för återhämtning och reflektion tillsammans med kolleger. Utbildningsmöjligheterna tycks inte heller vara i paritet med behoven. Samtidigt visar rapporter att det kan finnas stora variationer över landet. Den senaste beskrivningen av skillnader i äldreomsorgens förutsättningar återfinns i Coronakommisionens delbetänkande (SOU 2020:80). Där visas bland annat skillnader i bemanning, utbildningsnivå och finansiering mellan kommunerna. Stora kvalitetsskillnader när det gäller styrning och ledning på äldreboenden har också rapporterats av Angelis och Jordahl (2014). I en äldre studie av kommunala variationer i äldreomsorg skriver Trydegård och Thorslund (2001) att resultaten inte tyder på en enda välfärdsstat utan snarare på en mängd olika välfärdskommuner.

Med tanke på att omsorgsutbildning saknas för nära 40 procent av personalen (SOU 2020:80) kan det framstå som

att äldreomsorgsarbetet kan utföras av »vem som helst«. Dessutom kan det finnas en allmän bild av yrket att det är en förlängning av »kvinnans ansvarsområde«, det vill säga det vårdande och omhändertagande (Hirdman 2008). Som kontrast finns det anekdotiska exempel på att utbildad personal tas in som vikarier och ställs inför utmanande, komplexa och ansvarsfulla uppgifter som att tömma stomipåsar eller hantera brukares och anhörigas olika åsikter och attityder utan att ha haft möjlighet att förbereda sig eller tränas till det. Obalansen som uppstår i sådana här fall mellan kraven från arbetsgivare, brukare och anhöriga och den brist på resurser som personalen upplever, återfinns i form av exempelvis just bristande utbildning och kan leda till allt fler sjukskrivningar och högre personalomsättning.

## Organisation och ledarskap

Hur man organiserar påverkar arbetsmiljön. Organisationens mål för både verksamhet, produktion och arbetsmiljö förmedlas av ledarna. Därför har ledarna stor betydelse för arbetsmiljön och deras ansvar regleras i arbetsmiljölagen (AML 1991), som har förtydligats i den senaste arbetsmiljöföreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4). Hur väl ledarna lyckas med att förmedla målen och påverka arbetsmiljön beror dock i sin tur på vilka förutsättningar de har. Hur man organiserar har betydelse för hur dessa förutsättningar tar sig uttryck.

Krav och resurser uppstår ur organisationens struktur, kultur och ledarskap. Organisationen ska utformas efter dess verksamhet och därmed dess behov. Inom organisationsforskningen talar man om olika typer av organisationer där den platta respektive hierarkiska organisationen kanske är de mest typiska. Den platta organisationen ger möjlighet till medbestämmande och består av korta beslutsvägar, eftersom den har få chefnivåer och därmed få chefer. Denna typ av organisation karakteriseras också av stora arbetsgrupper och delegerat ansvar. Den hierarkiska organisationen däremot består av mindre arbetsgrupper, eftersom den omfattar fler chefnivåer och därmed fler chefer. Det högre antalet chefnivåer bidrar till längre beslutsvägar, vilket har bidragit till bilden att denna typ av organisation är mer stelbent än den platta organisationen (Child 1984).

Organiserings sättet påverkas dessutom av tradition. I Sverige är individuellt medbestämmande och ansvarstagande viktiga hörnstenar i samhället i stort och detta avspeglas också i hur man organiserar. Det gäller inte minst inom offentlig sektor som kännetecknas av platta organisationer. Det faktum att medbestämmande har en stark tradition inom svenskt arbetsliv kan ha bidragit till att det var lätt för 1990-talets reformer

att få fäste. Budskapet om decentralisering och delegering var väl i linje med medbestämmandetraditionen. Det är i den här belysningen inte förvånande att den svenska äldreomsorgen kännetecknas av den platta organisationstypen.

Projektet *Chefer i offentlig sektor* (CHEFIOS) var ett tvärvetenskapligt forsknings- och utvecklingsprojekt som hade till syfte att ta fram kunskap om förhållandet mellan organisatoriska förutsättningar för chefskap i offentlig sektor och verksamhetens arbetsmiljö tillsammans med medarbetarnas prestationer och hälsa. Projektet genomfördes inom kommunal verksamhet i Västra Götalandsregionen mellan 2009 och 2013 och bestod av både enkätundersökningar och interventioner. På organisationsnivå bestod urvalet initialt av totalt 29 kommunala förvaltningar. Dessa blev på grund av omorganiseringar 27 förvaltningar inför 2011 års undersökning. På individnivå bestod urvalet av chefer med personal-, budget- och verksamhetsansvar. De arbetade inom verksamhetsområden som funktionsnedsättning, äldreomsorg, förskola, grundskola, gymnasieskola och teknisk förvaltning. Majoriteten av cheferna var kvinnor, men könsfördelningen såg olika ut inom de olika verksamheterna. Det gav forskarna möjlighet att klassa organisationerna i mans- respektive kvinnodominerade verksamheter. De flesta deltagarna var enhetschefer och var exempelvis rektorer för skolor och chefer för äldreboenden och hemtjänst (Corin och Björk 2017).

Resultaten från CHEFIOS-projektet visade att kommunikation, resurser och ett tydligt uppdrag är de tre viktigaste hörnstenarna för ett gott chefskap. Mer specifika exempel på viktiga organisatoriska strukturer är antalet medarbetare per chef (kontrollspann), ett tydligt och avgränsat chefsuppdrag, tillgång till välanpassade administrativa stödresurser och forum för dialog mellan nivåer och funktioner i organisationen om till exempel verksamhets- och personalfrågor. Dessutom visade projektet att villkoren var sämre och arbetssituationen mer belastande för chefer i de kvinnodominerade verksamheterna än i de mansdominerade. Som exempel visade studien att antalet medarbetare per chef var av lika stor betydelse för upplevda krav i arbetet i de kvinnligt kodade verksamheterna (skola, vård och omsorg) som i de manligt kodade (exempelvis teknisk förvaltning), men att de manligt kodade verksamheterna generellt sett hade mindre arbetsgrupper att leda. Vidare visade man att manligt dominerade verksamheter inte hade samma sjuktal som kvinnligt dominerade. Därför tycks kontrollspannets storlek vara av viss betydelse för alla kommunala verksamheter. Grupper med fler än 30 medarbetare rapporterade sig vara utsatta för fler stressorer och hade fler problem än de med färre medarbetare. Stora arbetsgrupper kan också vara något positivt, men då måste andra resurser finnas tillgängliga, till exempel gott stöd från andra chefer och en stöttande administration. I en stor och väl fungerande grupp

kan goda sociala relationer skapas mellan medarbetarna vilka kan stötta varandra (och chefen) genom ett gott medarbetarskap (Tengblad m.fl. 2007). En stor grupp kan också vara en god buffert mot höga krav (Björk 2013; se också Corin och Björk 2017). Även administrativt stöd och stöd till chefen från överställda chefer är viktiga aspekter för en god arbetsmiljö. Det visade till exempel Cregård och Corin (2019) i en studie på chefer inom svensk vård, skola och omsorg.

En övergång från hierarkiska till platta organisationer har i studier från andra länder visat sig leda till ökat kontrollspann, ökat ansvar och högre arbetsbelastning för chefer (Littler m.fl. 2003). Som tidigare nämnts fann Arbetsmiljöverket att första linjens chefer i äldreomsorgen hade en hög arbetsbörda med många underställda. År 2015 beräknades det genomsnittliga antalet medarbetare vara 60 personer per chef i äldreomsorgen, vilket är en ökning från 54 medarbetare per chef 2009 (SOU 2017:21). Regnö har sammanställt en kunskapsöversikt för fackförbundet Vision (2016) som visar att de större kontrollspannen, i genomsnitt 30 medarbetare, sammanfaller med de stora kvinnodominerade branscherna inom vård, omsorg och sociala tjänster. Detta kan jämföras med den stora mansdominerade tillverknings- och utvinningsindustrin där det genomsnittliga kontrollspannet är 12 medarbetare per chef. Ett större kontrollspann hos chefer har i studier inom sjukvård relaterats till sämre prestation, incidenter och skador (Wong m.fl. 2015). En svensk studie i kommunala organisationer visade att ha fler underställda medarbetare påverkar chefers arbetsbelastning negativt och leder till ökade krav på ledarrollen. Samma studie fann att omsättningen på chefer i kommunala organisationer låg på 40 procent under en fyraårsperiod (Wallin m.fl. 2014). Omsättningen av chefer i svensk offentlig sektor har generellt beskrivits som hög, inte minst inom äldreomsorgen (Corin m.fl. 2016). Chefernas omsättning påverkar kontinuiteten och relationen med personalen. Det pågår även generationsskifte på grund av ålderspension bland chefer i offentlig verksamhet (Corin och Björk 2017), vilket också bidrar till ytterligare omsättning bland chefer.

Sammantaget kan vi konstatera att en obalans mellan krav och resurser gäller inte bara för personalen utan också för första linjens chefer. Deras ansvarsområden har utökats över tid, och antalet underställda har blivit fler. Ett ökat ansvar anses ofta som positivt och motiverande men det finns förstås en gräns för när belastningen blir för stor. Anledningen till att antalet medarbetare per chef ökat över åren tillskrivs av flera forskare kostnadseffektiviseringen i offentlig sektor som inspirerades av NPM (se exempelvis Wallin m.fl. 2014). Men förmodligen har också tidigare ekonomiska kriser spelat in liksom tankar om att en plattare organisation ökar personalens handlingsutrymme och delaktighet.



## Relationen mellan arbetsmiljö och vård- och omsorgskvalitet

Den här rapporten handlar om arbetsmiljön i äldreomsorgen. Men finns det ett samband mellan hur de anställda uppfattar sin arbetssituation och olika mått på kvaliteten på omsorgen och vården? Spontant skulle nog de flesta svara att det hänger samman, vilket gör arbetsmiljön än mer angelägen att studera. En översikt av forskningsstudier om arbetsmiljö och vårdkvalitet visar dock på varierande resultat. I vissa studier fanns tydliga kopplingar mellan arbetsmiljön och vårdkvalitet, medan i andra studier tycktes de anställdas arbetsmiljö inte ha några direkta samband med utfallet av omsorgen (Hannan m.fl. 2001). I en nyligen publicerad svensk studie fann man att de anställdas psykosociala arbetsmiljö var relaterad till brukarnas nöjdhet med omsorgen. Forskarna menar att brukarnas nöjdhet skulle kunna öka genom förbättringar av den psykosociala arbetsmiljön (Lundgren m.fl. 2018). I en annan studie fanns ett samband mellan de anställdas arbetstillfredsställelse och brukarnas nöjdhet med omsorgen (Hasson och Arnetz 2011). De här skillnaderna i resultat, om huruvida det finns ett samband eller inte, kan naturligtvis bero på hur studien utförts och vilka kvalitetsmått som använts. I de studier som ingick i översikten av Hannan, Norman och Redfern (2001) fanns olika mått på vårdkvalitet. Exempelvis kunde det handla om brukarnas egna beskrivningar av sin hälsa och sitt välmående från enkäter och intervjuer eller oberoende observationer av beteendeförändringar hos brukarna. Det fanns också exempel på observationer av kvaliteten i interaktionen mellan brukare och omsorgspersonal som ett mått på vårdkvalitet. Men det kan också finnas andra förklaringar, som vi kort beskriver här.

En förklaring som tagits upp i tidigare forskning är att sambandet mellan arbetsmiljö och vårdkvalitet är komplext (Hannan m.fl. 2001). Det är inte säkert att det är ett direkt samband mellan arbetsmiljö och vårdkvalitet, utan sambandet kan vara indirekt. Det betyder att det kan finnas ytterligare faktorer som påverkar relationen mellan arbetsmiljö och vårdkvalitet som man inte har lyckats fånga i studien. Exempel på sådana faktorer är personaltäthet, kontinuitet i personalsammansättningen och organisationsstorlek. I studier där man har undersökt personalens arbetstillfredsställelse och upplevelse av stress, vårdkvalitet och äldres välbefinnande har ledarstil, arbetsbelastning, engagemang och rollkonflikter visat sig ha betydelse (Hannan m.fl. 2001).

En annan förklaring till de varierande resultaten är brukarnas benägenhet att ge positiva svar. I brukarundersökningar är brukarnas omdömen om den omsorg de får ofta ganska goda. Det här framkom också i en intervjustudie av Westberg, Hjelte och Josefsson (2017) där 35 brukare av hemtjänst

---

## Ruta 2. Urval Westerberg, Hjelte och Josefsson 2017

Deltagarna var ett systematiskt urval från listorna som visade alla äldre med hemtjänst centralt i en kommun. Urvalet byggde en selektion av var 40:e person med mindre än 10 timmar hemtjänst per vecka samt var 20:e person som hade 10 timmar eller mer hemtjänst per vecka. Tio timmar eller mer betyder i allmänhet att personen är skörare och behöver mer

omfattande hjälp och stöd medan insatser under 10 timmar vanligen omfattar grundläggande stöd som hjälp med måltider, handling, städning och visst personligt stöd. De som valts ut kontaktades och fick en förfrågan om de var intresserade av att medverka i studien. Tre personer avstod och då kontaktades nästa person på listan.

---

intervjuades om deras syn på omsorgen och den hjälp de fick. Urvalsmetoden presenteras mer utförligt i ruta 2.

Alla intervjupersonerna uttryckte inledningsvis att de var nöjda. Men under intervjuens gång tog alla utom en upp problem som berörde personlig omvårdnad, kontinuitet, inflytande, självbestämmande, information och tillgänglighet. Intervjupersonerna hade även förklaringar till vad problemen berodde på. I de flesta fallen ansåg brukarna att problemen berodde på arbetsförhållanden eller resursbrist i äldreomsorgen. De fick också frågan om vad de gjorde för att hantera problemen. Majoriteten menade att de anpassade sig till situationen och att deras problem inte var något att bry sig om. Sex brukare hade aktivt gjort något för att försöka lösa problemet. Det kunde vara att helt enkelt skicka iväg hemtjänstpersonalen eller att försöka förklara för dem vad som var fel. Endast en person hade kontaktat en chef. Studien tyder på att brukarna under vissa förutsättningar anpassar sina behov utifrån förståelsen av personalens arbetsbörda och arbetsmiljö (Westerberg m.fl. 2017).

Förhållandet mellan brukare och personal är ömsesidigt, och personalen påverkas också av relationen till brukarna. Arbetet med brukarna ger meningsfullhet och arbetstillfredsställelse när det fungerar bra. Relationerna till brukarna är en orsak till att man vill stanna kvar i yrket, men när personalen upplever att de organisatoriska och materiella resurserna är otillräckliga för att möta brukarnas behov, ökar tankarna på att lämna yrket (Stranz och Szebehely 2018). Att personalen vill göra ett gott jobb och har fokus på brukarnas välmående kan bidra till att sambandet mellan arbetsbelastning, resurser i arbetet och vårdkvalitet inte blir synligt. Det kan vara så att det finns ett »patienten kommer först«-tänkande och att personalen kompenserar på olika sätt för de brister som finns. Obalansen blir inte synlig förrän belastningen har blivit alldeles för hög och personalen vill sluta eller blir sjukskriven på grund av arbetsrelaterad ohälsa.

Sammantaget finns det all anledning att säga att arbetsmiljön och vårdkvaliteten i äldreomsorgen har ett samband. Personalen och de äldre är måna om varandra och vill upprätthålla goda relationer, men relationerna påverkas också av andra faktorer utanför deras kontroll vilket inte alltid fångas i enskilda studier.

---

## 4. Organisationsförändring – ett krav eller en resurs?

ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR är vanliga i svensk äldreomsorg, och med utgångspunkt i krav-resursmodellen kan sådana förändringar teoretiskt förstås både som krav och resurs. Som ett krav, exempelvis genom att bli en störning i den dagliga verksamheten och skapa osäkerhet, instabilitet och mer jobb, åtminstone under en viss tid; som en resurs, exempelvis genom att ge möjligheter till utveckling och lärande. I de följande avsnitten presenterar vi forskning som visar på organisationsförändringar både som krav och som resurser.

Sverige har länge legat i toppskiktet i EU när det gäller att förändra organisationer. I Eurofound's arbetslivsundersökningar, där urvalet omfattar alla sektorer på arbetsmarknaden, ligger Sverige i topp när det gäller andelen anställda som rapporterar att de har varit med om större organisationsförändringar som väsentligt har påverkat deras arbete. Det kan till exempel vara omstruktureringar eller omorganiseringar. I dessa undersökningar framkommer att de anställda som har upplevt omorganiseringar också rapporterar mer sjukfrånvaro, högre arbetsintensitet och större erfarenhet av otrevligt beteende från kollegor. Dessutom upplever de lägre eget engagemang, mer orättvis behandling och brist på tid för att utföra sitt arbete (Eurofound 2017).

De negativa effekterna av organisationsförändringar har också bekräftats i en forskningsöversikt (de Jong m.fl. 2016) där man undersökte kort- och långtidseffekter av större organisationsförändringar<sup>7</sup>. Man kom fram till slutsatsen att förändringar i organisationen vanligen ger negativa effekter hos de anställda. Effekterna var oberoende av om förändringarna omfattade personalnedskärningar eller inte. Det tycks som om det är osäkerheten och förändringen i sig som har en negativ påverkan även om den kan uppfattas som en positiv åtgärd. I forskning om förändringar i vård och omsorg har enskilda studier visat på liknande resultat. Man har exempelvis funnit

7. Med större organisationsförändringar menas i det här sammanhanget omstruktureringar som är betydligt mer omfattande än vanliga arbetsplatsändringar. Sådana förändringar omfattar hela företaget eller en sektor av organisationen och kan exempelvis bestå av nedskärningar, outsourcing, sammanslagningar, intern rörlighet eller utökning.

samband mellan organisationsförändringar och personalens hälsa (Westerberg m.fl. 2018; Kelliher och Perry 2015; Vahtera och Virtanen 2013), ökade sjukskrivningar (Hansson m.fl. 2008), tankar på att lämna jobbet (Lundmark m.fl. 2021; Josephson m.fl. 2008) och vårdkvalitet (Lundmark m.fl. 2021; Fjeldbraaten 2010; Kjerkhus och Hagen 2007). I en forskningsöversikt fann forskare att rationaliseringar verkade vara speciellt riskfyllda för personalens hälsa inom vårdsektorn jämfört med andra sektorer (Westgaard och Winkel 2011) och till det kommer att förändringar, nedskärningar och omstrukturering är vanligt förekommande i den offentliga sektorn (Björk och Härenstam 2016).

I en norsk enkätstudie av organisationsförändringar i sjukhusmiljö (Øygarden m.fl. 2020) visar resultaten att en ökad påverkan från organisationsförändringar de senaste tolv månaderna (förändringar i ledningen, omorganiseringar eller förändringar för nya mål och strategier) var relaterade till ökade prestationshinder och lägre arbetstillfredsställelse. Ledarskapet och deltagande i besluten kunde i viss mån förbättra relationen mellan organisationsförändringar, arbetstillfredsställelse och prestationshinder. Forskarna tolkade resultaten som indikationer på att organisationsförändringar ofta har ekonomiska motiv eller handlar om en ökad kontroll och effektivisering från ledarna. Men förändringarna medförde fler prestationshinder, det vill säga de uppfattades hindra snarare än underlätta möjligheten att utföra ett bra arbete, och försämrade därmed också arbetstillfredsställelsen.

Trots den mängd negativa effekter av organisationsförändringar i Sverige som rapporterats har det inte saknats nationella satsningar med syfte att förändra äldreomsorgen till det bättre. Under årens lopp har exempelvis statliga stimulansmedel återkommande förts över till äldreomsorgen. I en studie av 17 satsningar under en period av 20 år (Wånell 2015) konstateras att det är svårt att bedöma vilka kvalitetsförbättrande effekter satsningarna haft. Ett genomgående mönster har varit att stimulansmedlen utformats utan att ta hänsyn till utvärderingsbarhet. Det finns ändå positiva resultat såtillvida att vissa områden har hamnat i fokus, metoder har kunnat spridas, utbildningar har tillkommit, organisationsformer och idéer har kunnat prövas som annars troligen inte hade blivit av.

En nyligen publicerad forskningsöversikt (Rydenfält m.fl. 2020) om hur förändringar i hemtjänsten kan leda till en god arbetsmiljö tar upp liknande tankegångar. Forskarna sökte efter studier som omfattade olika slags interventioner där arbetsmiljön kunde bli påverkad. Totalt fann de endast 16 studier där någon form av påverkan på arbetsmiljö var ett urvalskriterium. I översikten diskuteras om det ringa antalet studier speglar svårigheter att utvärdera effekter av en intervention i hemtjänsten. Det kan till exempel handla om variationer i arbetsförhållandena som gör det svårt att kontrollera om

resultaten beror på en viss intervention. Men det kan också handla om att det faktiskt inte görs så många interventioner som syftar till att påverka arbetsmiljön i hemtjänsten, dels av bristande intresse och/eller resurser i organisationen, dels av bristande intresse hos forskarna. Det bristande intresset kan även ha att göra med att yrket är kvinnodominerat och uppfattas ha låg status.

I de studier som ingick i översikten handlade interventionerna om organisationsförändringar, utbildning och träning, digitalisering och schemaläggning. I elva av studierna rapporterades positiva resultat medan fyra studier visade blandade resultat. En studie (Ede och Rantakeisu 2015) som undersökte konsekvenser av en arbetstidsförändring (i projektet Rätt till heltid) fann att arbetsmiljön hade försämrats. Detta berodde på att förändringen innebar att viss arbetstid inte var schemalagd, så kallad verksamhetsflexibel arbetstid, vilket medförde osäkerhet och minskad kontroll över arbetssituationen för personalen. Personalen skulle »stå till pass« de dagar de inte var schemalagda för att fylla upp när verksamheten behövde bemanna. De interventioner som hade lyckats bäst var de där personalen hade deltagit i att formulera behoven av förändring och utforma interventionen. De interventioner som var inriktade på utbildning och träning handlade om att öka individuell kompetens, bemästra ny teknologi och undvika arbetsskador. Forskarna menar att det finns en risk att interventioner inte är hållbara över tid om de inte hanterar organisatoriska brister i arbetsmiljön utan riktas mot de »symtom« som arbetsmiljöbristerna ger upphov till. Slutsatsen var att interventionsstudier bör koncentreras mer på arbetsmiljöproblem i hemtjänsten, särskilt de psykosociala komponenterna, och relatera dem till utfall som vårdkvalitet och brukarsäkerhet.

## Två exempel på förändringsarbete i äldreomsorgen

Två statliga satsningar som syftar till att öka kvaliteten och höja kompetensnivån i äldreomsorgen var den så kallade Kompetensstegen som genomfördes mellan 2005 och 2007, och de stimulansmedel som delades ut mellan 2006 och 2009. I stort sett alla Sveriges kommuner deltog i de här satsningarna. De överlappade varandra i tid och i viss mån innehållsmässigt, även om Kompetensstegen hade ett bredare anslag medan stimulansmedlen 2006 var riktade mot särskilda kunskapsområden. Vi följde några kommuner under de år som satsningarna pågick och har valt att lyfta fram två studier som exempel på utvecklingsinsatser inom äldreomsorgen.

Kompetensstegen var en treårig satsning för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Syftet var att

förbättra kvaliteten i vård och omsorg genom att stödja både personalens kompetensutveckling och det långsiktiga arbetet för verksamhetsnära kvalitetsutveckling. Vidare skulle de aktiviteter som kommunerna sökte medel för utgå från ett brukar- och anhörigperspektiv. Vanliga insatser i Kompetensstegen var utbildningar och workshops inom specifika områden, exempelvis demens, stroke och palliativ vård. Utvecklingsarbeten på arbetsplatserna genomfördes med hjälp av den så kallade Genombrottsmetoden, som kortfattat innebar att organisationens ledning beslutade om ett utvecklingsområde, exempelvis brukarkvalitet, vilket sedan utgjorde ramen för arbetslagens förbättringsarbete där de analyserade ett förändringsbehov, prövade nya idéer och utvärderade dessa. Det här kan liknas vid arbetsomformning, som beskrivits tidigare, där personalen själva bestämde innehållet i förändringsarbetet även om den större ramen beslutats av organisationen. De olika stegen dokumenterades, och under arbetets gång ordnades lärandeseminarier och andra aktiviteter för erfarenhetsutbyte. Den nationella satsningen med stimulansmedel inleddes under 2006. De medel som avsattes skulle stödja utvecklingen av äldreomsorgens kvalitet i kommuner och landsting. Satsningen var riktad mot utvecklingsarbeten inom områden i äldreomsorgen som ansågs vara eftersatta, såsom läkemedelsgenomgång, socialt innehåll, rehabilitering, kost och nutrition, demensvård och förebyggande hembesök. Medlen var också menade att stärka samarbetet mellan regionerna och kommunerna inom de prioriterade områdena (Socialdepartementet 2007).

Kompetensstegen och stimulansmedlen 2006 blev i viss mån utvärderade genom uppföljningar på regionernas och kommunernas FOU-enheter. På nationell nivå fick Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) i uppdrag av Socialdepartementet att utvärdera effekterna av Kompetensstegen och dess betydelse för äldre. För utvärderingen valdes sex kunskapsområden som många kommuner arbetat med: handläggning, dokumentation, läkemedel, munhälsa, fallskadeprevention och demens. En rad metoder användes i utvärderingen. Beroende på kunskapsområde användes olika typer av metoder i utvärderingen av effekter, exempelvis registerdata, fallskadestatistik, enkäter, kunskapsprov och intervjuer. Resultaten var inte helt tydliga men i tre av de studerade områdena verkade Kompetensstegen ha haft betydelse för personalens kunskaper och färdigheter. Dessa var fallskadeprevention och utbildning i munhälsa, vilket ledde till nya rutiner samt att biståndshandläggare (behovsbedömare) tenderade att oftare bevilja ansökningar efter utbildning. Utvärderingen kunde dock inte se någon omedelbar betydelse av Kompetensstegen för de äldre men menade att tiden var knapp tilltagen för utvärderingen och att eventuella långsiktiga effekter inte hade hunnits studeras (IMS 2009).

Liknande resultat framkommer i en senare systematisk översikt där forskningsstudier om effekter av fortbildning för undersköterskor och vårdbiträden i äldreomsorgen har utvärderats. De områden som har studerats är munhälsa, nutrition och urininkontinens. Resultaten visar att effekterna av fortbildning är få och små och att det vetenskapliga stödet för fortbildning är begränsat (Socialstyrelsen 2014).

Både i utvärderingen från IMS och i den systematiska forskningsöversikten framhålls vikten av pedagogiska aspekter på lärande och fortbildning och att en kombination av olika metoder torde vara mer framgångsrik än enbart kunskapsförmedling i form av föreläsningar och lektioner. Kopplingen, eller avsaknaden av koppling, till det praktiska arbetet framhålls som en brist i kvalitetsarbetet. Detta är något som också lyfts i en forskningsöversikt över utbildningsprogram i äldreomsorgen (Aylward m.fl. 2003). Här fann forskarna begränsad evidens för att kunskaper från de satsningar som gjorts kvarstod över tid, och de noterade att i majoriteten av utbildningarna gjordes ingenting för att underlätta användningen av de nya kunskaperna i praktiken.

## Arbetsplatsförbättringarnas innehåll har olika påverkan på arbetsmiljön

I ett forskningsprojekt som följde Kompetensstegen och stimulansmedlen 2006 i en större kommun, och som bland annat resulterade i en avhandling (Hauer 2013), var en utgångspunkt att satsningarna skulle ha en påverkan på lärandeklimatet och därmed också arbetsmiljön på arbetsplatserna. En annan utgångspunkt var att satsningarna skulle ha betydelse för de lärandestrategier som personalen använde för att finna ny kunskap. Den bakomliggande tanken var att satsningarna skulle vara hållbara över tid och förändra strukturer i organisationerna samtidigt som enskilda medarbetare fick ökad kompetens.

Det finns ingen enhetlig definition av ett gott lärandeklimat, men byggt på tidigare forskning om lärande i organisationer definierade vi det som en miljö på arbetsplatsen i vilken de anställda känner att det finns möjlighet att samarbeta, påverka och utvecklas samt att stöd från chef och arbetskamrater är tillgängligt. Lärandeklimatet skulle i den betydelsen också kunna vara ett mått på hur resursrik den sociala arbetsmiljön är. Utifrån erfarenheter i tidigare forskning konstruerades och testades ett mätinstrument bestående av fem delskalor fördelade på 26 frågor. Sammantaget skulle delskalorna representera ett mått på lärandeklimatet på arbetsplatsen (Westerberg 2010). När det gäller strategier för lärande koncentrerade vi oss på två strategier för kunskapssökande: att söka personlig hjälp från andra (arbetskamrater och chef) och att förkovra



sig genom skriftlig information (internet, böcker etcetera.). Vårdkvalitet speglades i ett påstående: *Jag är i allmänhet nöjd med hur arbetet med de äldre utförs på min arbetsplats.* I många studier från sjukvårdsmiljö används en-frågekonstruktioner för att bedöma patientkvalitet, men vanligtvis är det sjuksköterskor som förväntas göra den bedömningen (Aiken m.fl. 2002; Poghosyan m.fl. 2010). Påverkan av andra organisationsförändringar undersöktes likaså med ett påstående: *Jag har påverkats av organisationsförändringar det senaste året.* Alla svarsalternativ för lärandeklimat, lärandestrategier, vårdkvalitet och organisationsförändring i enkäten var graderade från 1 till 5. Fem var det högsta positiva värdet (stämmer helt, mycket ofta, i mycket hög grad) och svarsalternativet ett var det lägsta värdet (stämmer inte alls, mycket sällan eller aldrig, i mycket liten grad).

Inom ramen för forskningsprojektet genomfördes ett antal studier där lärandeklimatet ingick som en viktig komponent. Lärandeklimatet undersöktes bland annat i en studie (Westerberg 2010) där vi följde arbetet med Genombrottsmetoden under tre år. En del av forskningsdesignen omfattade före- och eftermätningar i form av enkäter där en interventionsgrupp och en kontrollgrupp ingick. Interventionsgruppen bestod av de arbetslag i hemtjänsten och särskilda boenden som anmält sig eller valts ut till att arbeta med Genombrottsmetoden. Kontrollgrupperna bestod av övrig personal på arbetsplatsen och närliggande arbetsplatser som var inriktade mot samma brukarkategori. Ett syfte var att undersöka skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen i uppfattningen om lärandeklimat och arbetsbelastning. I ruta 3 beskrivs fler detaljer kring undersökningen.

När vi jämförde hur interventions- respektive kontrollgrupperna uppfattade lärandeklimatet och arbetsbelastningen visade resultaten i stort inga skillnader. Betydde det att arbetet i interventionsgruppen inte hade lett till några som helst förbättringar? Forskningsdesignen var välgjord men vissa problem avslöjades när vi började titta närmare på resultaten. Bland annat hade några deltagare i kontrollgruppen kommit att arbeta med Genombrottsmetoden under tiden för studien och därför övergått till en interventionsgrupp. Det fanns även en strävan från kommunen att hela arbetsplatsen skulle involveras i förbättringsarbetet, vilket försvårade att hålla isär grupperna vid uppföljningen. Därför ställde vi nya frågor för att undersöka eventuella effekter av arbetet med Genombrottsmetoden. Vi hade uppmärksammat att hemtjänsten i vissa fall hade ett bättre resultat än boenden och att flera särskilda boenden hade fått en ökad arbetsbelastning under förbättringsarbetet. Men resultaten var inte entydiga, vilket ledde till att vi började undersöka närmare innehållet i förbättringsarbetena på arbetsplatserna. Vi deltog på de presentationer där personalen beskrev sitt arbete med Genom-

---

### Ruta 3. Urval Westerberg 2010

Vid första mätillfället (T1) skickades sammantaget 141 enkäter ut till interventionsgruppen med en svarsfrekvens på 79 procent (111/141). För kontrollgruppen skickades 228 enkäter ut och där var svarsfrekvensen 70 procent (159/228). Vid det andra mätillfället (T2) skickades 101 enkäter ut till de som svarat vid T1 i interventionsgruppen, och svarsfrekvensen var 79 procent (80/101). Enkäter skickades också till deltagare i kontrollgruppen som hade svarat vid T1 (137 stycken) och svarsfrekvensen var 73 procent (100/137). Bortfallet vid andra mätningen kunde delvis förklaras av att vissa hade avslutat sin anställning och att ett arbetslag inte hade fullföljt förbättringsarbetet och därför inte deltog i slutredovisningen. Via kodade enkätsvar kunde vi följa individer i

respektive grupp över ett år och se hur deras uppfattning om lärandeklimat och arbetsbelastning eventuellt hade förändrats.

För att undersöka om de som arbetat med Genombrottsmetoden skilde sig från kontrollgruppen gjordes en jämförelse på ett antal bakgrundsfaktorer: kön, ålder, hemförhållanden, utbildningsnivå, typ av anställning och hur länge man arbetat i kommunen. Interventionsgruppen hade i stort samma fördelning i bakgrundsfaktorer som kontrollgruppen. Det fanns en dock en skillnad i utbildningsnivå, där kontrollgruppen hade en lägre utbildningsnivå (18 procent i kontrollgruppen och 9 procent i interventionsgruppen hade grundskola som högsta utbildningsnivå).

---

brottsmetoden och utifrån dessa presentationer framträdde tre grupper där fokus för förbättringarna skiljde sig åt:

1. *Miljön i fokus.* De arbetslag som fokuserat på miljön hade framför allt arbetat med förändringsarbeten som ledde till en bättre miljö för brukarna i allmänhet. Det kunde handla om att stänga av teven vid middagarna, duka fint, ändra bordsplaceringen, förnya inredningen, bygga om och ändra personalens arbetsorganisation. Totalt bedömdes elva arbetslag hamna under denna grupp. Ett arbetslag arbetade i hemtjänsten och övriga i särskilda boenden.
2. *Aktiviteter i fokus.* De arbetslag som hade fokuserat på aktiviteter hade ofta haft ett antal givna aktiviteter som de erbjudit brukarna i större eller mindre grupper. Det handlade om exempelvis bakning, bingo, temadagar och utflykter. Givna aktiviteter hade också erbjudits enskilda brukare där de exempelvis hade kunnat få gå en promenad eller få egen tid för samvaro 30 minuter per vecka. Totalt klassificerades elva arbetslag in i denna grupp. Alla var särskilda boenden.
3. *Individen i fokus.* De arbetslag som hade arbetat med individen i fokus hade utgått från enskilda brukare med en specifik situation som behövde förändras. I arbetslaget hade man diskuterat och prövat olika åtgärder och arbetssätt som var anpassade för att förbättra brukarens situation. Tre arbetslag bedömdes tillhöra denna grupp. Två av dem var hemtjänstgrupper och ett arbetslag arbetade på ett särskilt boende.

Resultaten visade inga förändringar i lärandeklimat och arbetsbelastning för de arbetslag som hade fokuserat på *miljön*. De arbetslag som fokuserade på *aktiviteter* upplevde däremot en försämring i lärandeklimatet (särskilt vad gällde påverkans- och samarbetsmöjligheter) och en högre arbetsbelastning. De som hade arbetat med *individen i fokus* visade en tydlig förbättring i lärandeklimatet (särskilt vad gällde påverkansmöjlighet och stöd från chef). I den sista gruppen fanns två arbetslag i hemtjänsten som hade haft lägre ingångsvärde för lärandeklimat vid första mätningen (T1) jämfört med arbetslagen på särskilt boende. Under arbetet med Genombrottsmetoden hade de alltså förbättrat sina värden till samma nivå som arbetslagen generellt hade på boenden. Men det fanns även ett arbetslag från ett särskilt boende i gruppen med individfokus, vilket tyder på att skillnaden mellan grupperna inte enbart kan härledas till skillnader i arbetsförhållanden mellan hemtjänst och särskilda boenden. Det fanns dock andra förändringar under satsningen som påverkade några av de särskilda boenden som samtidigt var föremål för så kallade kostnadsanpassningar, vilket medförde schema- och personalförändringar.

Ytterligare en studie på samma grunddata har genomförts (Hauer m.fl. 2017) men där ingick också frågan »Får du arbetsuppgifter utan tillräckliga resurser att utföra dem?«. Resultaten visade på liknande skillnader mellan fokus på miljö, aktiviteter och individer. Det vill säga, det fanns inga förändringar i lärandeklimat eller arbetsbelastning hos de arbetslag som hade arbetat med *miljöförbättringar*. De hade heller inte upplevt några förändringar i tillgången på resurser. För de arbetslag som hade arbetat med att utveckla *aktiviteter* hade upplevelsen av lärandeklimatet försämrats, arbetsbelastningen ökat och de upplevde att de hade fler arbetsuppgifter som de inte hade resurser för efter interventionen. De som däremot hade riktat sitt förbättringsarbete mot *individer* upplevde ett bättre lärandeklimat och en ökad tillgång av resurser.

Skillnaderna i resultaten mellan de tre grupperna pekar på vikten av att anpassa interventionerna till den faktiska verkligheten på arbetsplatserna. De arbetslag som arbetade med miljöförändringar gjorde en avgränsad förändring som inte lämnade några spår vid uppföljningen, även om den kunde haft betydelse vid planeringen och införandet. De arbetslag som hade arbetat med aktiviteter lade till nya uppgifter men hade inte ökade resurser för det, vilket ledde till en upplevelse av ett sämre lärandeklimat, mindre resurser och en högre arbetsbelastning. De arbetslag som inriktade sig på individuella förändringar kring enskilda brukare tycks ha arbetat mer flexibelt och anpassat insatserna utifrån situationen. Det var också den gruppen som uppfattade att de hade lyckats förbättra även den egna arbetsmiljön, i form av lärandeklimat och resurser, efter interventionen.

Skillnaderna mellan arbetslagen i upplevelsen av arbetsbe-

lastning och resurser stämmer väl med en större finländsk longitudinell enkätstudie som nyligen publicerats. I studien deltog 2 453 kommunalt anställda. En utgångspunkt var att arbetsomformning påverkar kraven i arbetet (arbetsuppgifternas komplexitet och arbetsbelastningen), vilket i sin tur har betydelse för hur de anställda mår. Resultaten visade att vid omformning av arbetet som medförde en ökad arbetsbelastning och fler arbetsuppgifter, ökade också utbrändheten. Vid arbetsomformning som innebar att arbetsuppgifterna blev mer komplexa fanns emellertid inte detta samband över tid, i stället gynnades engagemanget i arbetet. På så sätt menar författarna att arbetsomformning kan vara ett tveeggat svärd, det vill säga ge både positiva och negativa effekter beroende på vad som omformas (Harju m.fl. 2021).

Sammantaget visar studierna på flera av de problem som har uppmärksammats i tidigare översiktsstudier. Ett problem som måste påtalas är svårigheterna med att renodla effekterna i en verksamhet där många aktiviteter pågår samtidigt. Det är särskilt anmärkningsvärt att organisationerna sätter i gång andra slags förändringar, som kostnadsanpassningar, vilka påverkar schema och leder till personalförändringar, samtidigt som personalen befinner sig i ett utvecklingsarbete med kvalitetsförbättringar. Skillnader i arbetsmiljön mellan olika verksamheter i äldreomsorgen, såsom hemtjänst och särskilt boende, är också en faktor som kan behöva belysas tydligare i arbetet med att förbättra kvalitet och kompetens. Vidare visade det sig svårt att hålla kontrollgruppen helt utanför interventionsgruppen, något som från verksamhetens perspektiv inte heller var önskvärt men från ett utvärderingsperspektiv blir problematiskt. De slutsatser som vi har kunnat dra från de här studierna handlar om att innehållet i en kvalitetsförbättrande intervention, där arbetslagen använt samma metod, kan ge olika effekter beroende på inriktningen och hur väl den passar in i övriga arbetsförhållanden.

## Jämförelse mellan fyra kommuner

I forskningsprojektet om Kompetensstegen ingick också en enkätstudie som omfattade fyra kommuner som deltagit i satsningen och fått stimulansmedel. Syftet var att undersöka interventionernas betydelse i relation till lärandeklimat, strategier för lärande och vårdkvalitet. Även här efterfrågades om andra organisationsförändringar pågått samtidigt med kvalitets- och kompetensutvecklingen (Westerberg och Hjelte 2013). Urvalet beskrivs mer ingående i ruta 4.

Deltagarna fick frågor om vilka av Kompetensstegens aktiviteter de hade deltagit i och svaren sorterades utifrån a) deltagit i arbetsplatsförbättringar (oftast via Genombrottsmetoden) b) deltagit i kurser (kortare eller längre utbildningar inom

---

#### Ruta 4. Urval Westerberg och Hjelte 2013

De fyra kommuner som deltog utgjorde ett så kallat bekvämlighetsurval. En kommun var den som vi redan följde i satsningen, och de övriga tre fanns geografiskt nära. Två var större kustkommuner och två var mindre inlandskommuner. Syftet var att undersöka om de kurser, utbildningar och förändringsarbeten som bedrivits kunde relateras till lärandeklimatet på arbetsplatserna, de anställdas lärandestrategier och deltagarnas bedömning av vårdkvalitet. Eftersom det visade sig att två av de kommuner som deltog gjorde omfattande organisationsförändringar samtidigt som Kompetensstegen pågick,

prövades också om organisationsförändringar kunde relateras till resultaten. Femtio anställda på särskilda boenden och 50 anställda i hemtjänsten slumpades ut i respektive kommun, förutom i den minsta kommunen där antalet blev 25 som arbetade i hemtjänsten. Totalt var urvalet 375 medarbetare och av dessa deltog 58 procent i en enkätstudie. Enkätsvaren från en kommun försenades på grund av organisationsförändringar. Från den kommunen låg också svarsfrekvensen lägst (51 procent) men i övrigt var den relativt jämnt distribuerad.

---

olika områden) och c) deltagit både i kurser och arbetsplatsförbättringar. De visade sig att endast få personer (10) enbart deltagit i arbetsplatsförbättringar medan en större grupp (82) hade deltagit endast i kurser. Inför de statistiska analyserna slogs dessa två grupper samman till en »enkel aktivitetsgrupp« medan övriga som deltagit både i kurser och arbetsplatsförbättringar fick utgöra en »dubbel aktivitetsgrupp«. Vid en jämförelse mellan grupperna visade resultaten att de som deltagit i dubbla aktiviteter samt arbetade i en kommun som inte hade pågående organisationsförändringar, hade en mer positiv bild av lärandeklimatet. De använde sig också oftare av lärandestrategier och bedömde vårdkvaliteten som bättre, jämfört med de övriga. Vid en mer detaljerad analys där lärandeklimat, strategier och vårdkvalitet prövades separat visade det sig dock att det fanns en tydlig skillnad mellan deltagande i enkel- eller dubbelaktivitet i lärandeklimatet och för de två lärandestrategierna, men inte för hur vårdkvaliteten bedömdes. Påverkan av organisationsförändringar var relaterade till lägre skattningar av klimatet för lärande och benägenheten att söka kunskap via personlig hjälp i mindre utsträckning. Organisationsförändringarna verkade dock inte vara relaterade till att söka kunskap via skriven information eller bedömningen av vårdkvaliteten i den här studien.

Studien visade att en kombination av kurser och arbetsplatsförbättringar, kort uttryckt i teori och praktik, var relaterat till ett mer gynnsamt lärandeklimat och ett mer aktivt användande av lärandestrategier, medan organisationsförändringar var relaterade till ett sämre lärandeklimat och mindre aktiv användning av strategin att söka kunskap via personliga kontakter på arbetsplatsen. Studien är dock en tvärsnittsstudie, vilket innebär att skillnaderna kan ha funnits i grupperna

även före interventionerna. Det som talar för resultatens giltighet är att de är i linje med annan forskning (se exempelvis Ellström och Ekholm 2001; Nielsen m.fl. 2006) som visar på vikten av att kombinera teori och praktik. Utbildningsinsatser som inte kan tillämpas på arbetsplatsen är inte särskilt hållbara över tid (Aylward m.fl. 2003) och visar hur nära utbildning är kopplad till arbetsmiljö.

## Organisationsförändringarnas innebörd

Organisationsförändringar är omvittnat vanliga inom offentlig verksamhet (Björk och Härenstam 2016). Generellt har organisationsförändringar ofta negativa effekter på personalens hälsa och upplevelse av arbetsituation på grund av den extra belastning som större förändringar har på verksamheten eftersom de innebär att kraven ökar (Westgaard och Winkel 2011; de Jong m.fl. 2016). Det finns också studier som pekar på att negativa effekter kan påverkas och förbättras av andra faktorer i organisationen, såsom positivt ledarskap samt delaktighet och engagemang i planeringen av förändringen (Øygarden m.fl. 2020). Personalens delaktighet i att utforma och identifiera vilka områden som bör förändras ökar möjligheterna till mer bestående positiva effekter. Men det är inte alltid delaktighet räcker till för att en förändring eller en intervention ska leda till en avsedd förbättring. I några av de studier som vi presenterat, där personalen omformat sitt arbete genom att lägga till arbetsuppgifter, gav detta snarare ett negativt utfall.

Det handlar också om varifrån initiativet till förändringar kommer. En organisationsförändring som hade motiveras av kostnadsanpassning, som var fallet i ett av våra exempel, kom från ett annat håll i organisationen och kunde relateras till ett försämrat resultat i den pågående kvalitetsutvecklingen i äldreomsorgen. Det här har observerats även i andra studier, och skillnader mellan operativa och strategiska nivåer i organisationer beskrivs som ett återkommande problem (Gillberg och Delleve 2019). I våra exempel från Kompetensstegen och stimulansmedlen 2006 har extra resurser i form av statliga medel överförts till kommunerna men andra organisationsförändringar, med en annan agenda, har stört och på så vis förmodligen resulterat i att satsningarna blev mindre kostnadseffektiva.

När det gäller satsningar som tillför resurser i form av kompetensutveckling i äldreomsorgen har kopplingen mellan teoretisk utbildning och möjligheterna att faktiskt använda kunskaperna i arbetet diskuterats länge inom forskningen. Många studier har visat att en bristfällig koppling mellan teori och praktik ger kortsiktiga effekter – om det ens går att påvisa några effekter alls. Därför måste det finnas en jordmån för ett klimat som gynnar lärande i äldreomsorgen där teori och

praktik förenas. Insatserna behöver vara planerade så att de får utrymme i det dagliga arbetet och därmed även kan bidra till att utveckla andra delar i arbetsmiljön. Kvalitetsförbättrande förändringar kan ha goda effekter på den psykosociala arbetsmiljön. Kvalitetsförbättringar i äldreomsorgen riktas emellertid ofta mot kvaliteten i arbetet med brukarna, vilket gör att arbetsmiljöfrågorna inte blir tydliggjorda på samma sätt. Detta kan ha betydelse för den långsiktiga hållbarheten i insatserna, och ibland uppfattas även kvalitetsförbättringar som ett extra arbete vilket ökar den totala arbetsbelastningen.

---

## 5. Svensk äldreomsorg i jämförelse med andra länder

I DET HÄR KAPITLET jämför vi svensk äldreomsorg med studier av äldreomsorg i andra länder. Jämförelser av olika länders verksamheter har alltid ett visst mått av osäkerhet eftersom det kan finnas många faktorer som påverkar resultaten. När det gäller äldreomsorgen kan exempelvis lagstiftning, finansiering, utbildning och löner skilja mellan länder. Boendestandarden på särskilda boenden kan ha stora variationer och relationerna mellan vilka aktörer som ingår i äldreomsorgen kan variera.

Givet detta vill vi ändå lyfta fram några större och mindre studier där jämförelser gjorts. Vi presenterar till att börja med ett nyligen avslutat forskningsprojekt, SEES<sup>8</sup>, som vi har genomfört i spansk och svensk äldreomsorg, och som har pågått åren 2015–2019. Syftet var att studera vilken betydelse upplevt organisationsengagemang, aktiv användning av arbetsomformning och överengagemang hade för anställdas hälsa, upplevd vårdkvalitet och avsikt att arbeta kvar i äldreomsorgen. Eventuella effekter av organisationsförändringar och upplevelse av rörlighet på arbetsmarknaden var också en del i jämförelsen.

### Likheter och skillnader mellan svensk och spansk äldreomsorg

Spanien och Sverige representerar nord och syd i Europa och det finns både likheter och skillnader. En likhet är att en hög andel av befolkningen är 65 år eller äldre: 18,7 procent i Spanien och 19,8 procent i Sverige (Eurostat 2018). Båda länderna har lagstiftning som utgår från att äldres behov av stöd ska tillgodoses av samhället men täckningen för hemtjänst och platser i boende varierar geografiskt (SKL 2009). Sverige har dock generellt en högre täckning av hemtjänst. Sverige lägger

8. Projektet hade stöd av FORTE – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Dnr 2015-00708).



också betydligt mer ekonomiska resurser på äldreomsorgen jämfört med Spanien. Enligt OECD är äldreomsorgens andel av BNP i Sverige 3,2 procent mot Spaniens 0,7 procent (OECD 2019). Skillnader i ekonomiska resurser finns även inom länderna mellan kommuner och regioner. Spanien består av 17 autonoma regioner vilkas självständighet skrevs in i den spanska konstitutionen 1978. Regionerna beslutar själva om sin budget och har på så sätt en oberoende förvaltning av vård och omsorg om de äldre. Vi har i våra studier koncentrerat oss på den autonoma regionen Katalonien i nordöstra Spanien.

I Katalonien är äldreboendena finansierade av både privata och offentliga aktörer i en blandform. Cirka 29 procent av alla platser på äldreboenden 2018 var privat finansierade och andelen privata utförare utgjorde 84 procent av aktörerna. Blandformen innebär att ett privat äldreboende kan ha en viss andel platser subventionerade av skattemedel medan övriga bekostas helt av den boende.<sup>9</sup> Sverige har en betydligt lägre andel privata utförare inom äldreomsorgen: 17 procent i hemtjänsten och 19 procent i särskilda boenden (Socialstyrelsen 2019). Men variationerna är, som tidigare påpekats, stora över landet. I Katalonien täcker hemtjänsten i genomsnitt 4,9 procent av befolkningen över 65 år (ACRA 2014). I Sverige är motsvarande täckning 8,3 procent (Socialstyrelsen 2019). I bilaga 1 finns en tabell som visar andelen platser på äldreboende i procent av befolkningen över 65 år i de kommuner som deltagit i våra studier. Skillnaderna är inte särskilt stora mellan länderna. Det kan dock vara viktigt att komma ihåg att för de katalanska boendena talar man om platser, det vill säga bäddar, och inte om egna rum eller eget boende.

En skillnad mellan Spanien och Sverige som indirekt har med arbetsmiljön att göra är den europeiska finansiella krisen som startade 2008 och fick långtgående konsekvenser i många länder. I Spanien ökade arbetslösheten dramatiskt med krisen men hade minskat före coronapandemin. I mars 2018 hade Spanien en arbetslöshet på cirka 16 procent medan arbetslösheten i Sverige var cirka 6 procent. En hög arbetslöshet kan påverka arbetsmiljön genom så kallade inlåsnings effekter. Det vill säga att man stannar kvar i arbetet eftersom det inte finns några alternativ om man skulle vilja byta jobb.

## Metod och deltagare

Våra studier i SEES-projektet har alltså utförts i den spanska autonoma regionen Katalonien. Fyra spanska äldreboenden av varierande storlek från fyra kommuner har deltagit. Från norra Sverige har en eller flera arbetsplatser från nio kommuner deltagit i projektet. Kommunerna representerar städer, tätorter och landsbygd (se bilaga 1). De svenska arbetsplatserna rekryterades via en förfrågan på en statlig chefsutbildning

9. IMSERSO (2018) Servicios Sociales para personas mayores en España.

Tabell 1. Deltagarnas ålder, kön, funktion och anställning.

	Ålder	Kvinnor	Chefer	Fast anställning
Sverige n=298	46,89	91,0 % (266)	4,4 % (13)	84,1 % (248)
Spanien n=353	44,62	84,7 % (299)	13,0 % (46)	81,3 % (287)

där hälften av de tjugo deltagande cheferna tackade ja till att vara med i projektet. Under projektets gång avbröt tre arbetsplatser sin fortsatta medverkan på grund av organisationsförändringar och/eller chefsbyten och en kommun med åtta arbetsplatser rekryterades ett år senare än de andra. De spanska arbetsplatserna var ett urval som forskarna bedömde relevant för projektet och alla tackade ja till att delta. Över hela projekttiden deltog totalt 706 chefer och anställd personal i projektet. Svarsfrekvensen var 71 procent i det svenska urvalet och 88 procent i det spanska urvalet vid det första enkätutskicket.

Vid projektets start hade de deltagande kommunerna i Sverige en täckning på mellan 2,7 och 6,4 procent för särskilt boende i åldersgruppen 65+, motsvarande täckning i Katalonien var mellan 3,9 och 4,7 procent. För hemtjänst låg täckningen i de svenska deltagande kommunerna mellan 6,6 och 10,2 procent och motsvarande andel var i genomsnitt 4,9 procent i Katalonien.<sup>10</sup>(Se även bilaga I.)

Två av de nio svenska kommunerna hade privata utförare. I den ena kommunen var andelen privata aktörer mycket liten. I den andra kommunen, som också var något större, var andelen större: 26 procent var privata aktörer. Alla svenska arbetsplatser som deltog i SEES var emellertid i offentlig regi. Av de spanska organisationer som deltog var en i privat regi, en stiftelseägd och två drevs i offentlig regi. I det privata äldreboendet subventionerades merparten av platserna med offentliga medel medan ett mindre antal var privat finansierade av de boende.

Datainsamlingen bestod av intervjuer, enkätundersökningar och officiell dokumentation kring äldreomsorgen. Enkäterna delades ut till fast anställda och långtidsvikarier som arbetade med vården av äldre samt deras chefer. En mindre andel, ungefär 9 procent, av de svenska deltagarna arbetade i hemtjänsten medan alla spanska deltagare arbetade på äldreboenden. I Sverige gjordes tre datainsamlingar med ett års

10. Spanska platser i boende är antal bäddar som täcker procent av 65+ populationen i kommunen (Associació Catalana de Recursos Assistencials, ACRA, 2014). Den svenska statistiken beskriver antal platser i procent av 65+ populationen i kommunen (Socialstyrelsen, SoS 2014 och SCB-Statistik Sverige 2014). En kommun kom in ett år senare i projektet och där är de statistiska uppgifterna hämtade från SoS 2015 samt SCB 2017.

mellanrum och i Spanien gjordes två datainsamlingar med ett års mellanrum. I ruta 5 beskrivs intervjuerna och enkäterna mer ingående.

Tabell I visar ålder, kön, funktion och anställning för de som deltog i studien. Av tabellen framgår att de svenska deltagarna hade en något högre ålder i genomsnitt och en något större andel hade fast anställning. Det var emellertid en större andel män som arbetade i äldreomsorgen i Spanien. Den största skillnaden mellan det svenska och det spanska urvalet var andelen chefer. Det är dock viktigt att hålla i minnet att tabellen enbart visar de som svarat på enkäten. Bilden blir tydligare när man ser på hur stora personalgrupper cheferna i respektive land är ledare för. De svenska första linjens chefer var ledare för 17 till 60 personer medan de spanska cheferna som arbetade närmast personalen hade 6 till 19 personer att leda. I den svenska gruppen har första linjens chefer budget- och personalansvar. I den spanska gruppen har de högre cheferna ansvaret för personal och budget. Vi har dock valt att benämna alla ledare för chefer, även om det i många fall handlar snarast om gruppledare och arbetsledare i det spanska urvalet.

---

#### Ruta 5. Enkäter

Alla deltagare svarade på en enkät som skickades ut vid tre (Sverige) respektive två (Spanien) tillfällen med ett års mellanrum. Enkäten frågade om *organisationsengagemang* (organizational commitment – ibland översatt till begreppet organisationssamhörighet i andra studier, 18 påståenden), *arbetsomformning* (job crafting, 15 påståenden), *överengagemang* (work overcommitment, sex påståenden), *hälsa och välbefinnande* (sex frågor), *vårdkvalitet* (fem påståenden), *avsikt att söka annat arbete* (ett påstående) och *organisationsförändringar*.

Påståendena besvarades med svarsalternativ som var graderade 1 till 5, där 5 var det högsta positiva värdet (stämmer helt/mycket ofta/i mycket hög grad) och svarsalternativet 1 var det lägsta värdet (stämmer inte alls/mycket sällan eller aldrig/i mycket liten grad). Frågorna om hälsa och välbefinnande besvarades på en fyrgradig skala där 4 speglade hög grad av besvär och symtom och svarsalternativ 1 betecknade inga eller väldigt få symtom på ohälsa. Här följer en närmare beskrivning av hur begreppen operationaliserades med hjälp av påståendena och frågorna.

Med en stark upplevelse av organisationsengagemang menas, bland annat, att man är stolt över att arbeta i organisationen, att organisationens värderingar

överensstämmer med ens egna och att man blir belönad. Ibland används organisationsengagemang som ett enda mått, ibland delar man in skalan i undergrupper som ska spegla olika slags engagemang, exempelvis engagemang som bygger på värderingar, utbyte, behov eller känslomässighet. Exempel på ett påstående är: »Jag känner att det är en stor likhet mellan mina personliga värderingar och organisationens« (Romeo m.fl. 2011).

Begreppet arbetsomformning handlar, som tidigare nämnts, om att beskriva de initiativ som en individ aktivt tar för att förändra arbetet. Det kan handla om att förändra sättet att arbeta eller föra in nya uppgifter (uppgiftsarbetsomformning). Det kan också handla om att arbeta för att förändra de sociala delarna i arbetet och exempelvis se till att göra saker tillsammans med arbetskamraterna (social arbetsomformning). En tredje form av arbetsomformning handlar om att tänka eller reflektera över arbetets betydelse och mening och se på arbetet med nya ögon (kognitiv arbetsomformning). I enkäten får respondenten ta ställning till hur ofta hen är engagerad i ett visst beteende på jobbet till exempel att »prioritera arbetsuppgifter som passar din kompetens eller dina intressen« (Slemp och Vella-Brodrick 2013).

Begreppet överengagemang handlar om att inte kunna släppa tankarna på jobbet eller kraven ens på fritiden, vilket kan leda till bristande återhämtning. Exempel på ett påstående är: »När jag kommer hem kan jag lätt koppla av från arbetet» (Siegrist m.fl. 2004).

Hälsa och välbefinnande undersöktes med ett ofta använt formulär med tolv frågor (General Health Questionnaire, GHQ12) som kartlägger psykisk hälsa genom att ställa frågor om en rad vanliga symtom. Exempel är: »Har du haft svårt att sova på grund av oro de senaste veckorna?» (Goldberg m.fl. 1997).

Huruvida vården höll en god kvalitet bedömdes av personalen med hjälp av fem påståenden. Personalen skattade hur nöjda de var med informationen och omfattningen av de insatser som ges till brukarna samt om tillräcklig hänsyn tas till brukarnas önskemål och åsikter och hur arbetet generellt utförs. Påståendena bygger på den värdegrund som uttrycks i Socialstyrelsens allmänna råd\* om bland annat självbestämmande, delaktighet, bemötande och information, som ofta används som kvalitetsindikatorer i brukarundersökningar. Ett exempel på ett påstående är: »Jag upplever att omfattningen av insatserna brukarna/klienterna beviljas motsvarar behoven» (Westerberg och Tafvelin 2014).

Avsikt att söka annat jobb mättes genom att deltagarna tog ställning till påståendet: »Inom det kommande året tänker jag söka efter ett nytt jobb» (Hom m.fl. 1984). Det fanns även en fråga i enkäten som gällde om det var lätt att få ett annat arbete.

Organisationsförändringar undersöktes på två sätt. Dels fick deltagarna ta ställning till ett neutralt påstående om de hade påverkats av organisationsförändringar det senaste året, dels ombads ledarna i en intervju beskriva vilka slags förändringar som gjorts i organisationen föregående år. Ledarnas beskrivningar graderades för analyserna i tre nivåer, där nivå 1 stod för små eller inga förändringar, 2 betecknade förändringar som påverkat delar av verksamheten medan nivå 3

var förändringar som hade omfattat hela arbetsplatsen.

Vi har i SEES-projektet mått på två skalor för rolltydlighet och ledarstöd, men detta är enbart mått i den svenska gruppen. Båda skalorna finns i Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), som är en utarbetad enkät för att undersöka psykosocial arbetsmiljö.\*\* Rolltydlighet innebär att man känner till målen, ansvarsområdena och förväntningarna på arbetet. Ledarstödet mäter hur ofta man upplever sig ha fått stöd och hjälp och blivit lyssnad på av sin närmaste chef.

#### Intervjuer

I det svenska urvalet intervjuades tio svenska, första linjens chefer och en verksamhetschef vid två tillfällen med ett års mellanrum. Fyra spanska verksamhetschefer intervjuades på samma sätt. De svenska cheferna deltog i telefonintervjuer som varade cirka 40 minuter. De spanska cheferna intervjuades på sin arbetsplats av en psykolog som arbetar på ett universitet i Barcelona. Alla intervjuer spelades in. Avsikten var att få information om vad som hänt i deras respektive organisationer det senaste året och ledarnas tankar inför framtiden. Frågorna handlade bland annat om förändringar, uppskattningar av personalomsättning och sjukfrånvaro, rekrytering och utbildningsbehov. Resultaten från intervjuerna skrevs ut, listades eller jämfördes muntligt vid möten mellan svenska och spanska forskare. Framför allt var det informationen om organisationsförändringar som kunde användas i studierna. Information om sjukfrånvaro och personalomsättning var svårare att använda i jämförelser. Dels ville de spanska privata organisationerna inte gå in i detalj om vissa förhållanden, dels använde flera av de svenska deltagarna olika mått för exempelvis sjukfrånvaro på arbetsplatsnivå, i den mån de hade sådan information.

\* SOSFS 2012:3 (Socialstyrelsens författningssamling).

\*\* <https://www.copsoq-network.org/>.

## Resultat från studier i SEES-projektet

Med tanke på Sveriges starka medbestämmandetradition och ställning som välfärdsstat förutsatte både de svenska och spanska forskarna att personalen och ledarna på de svenska arbetsplatserna skulle uppleva att deras arbetsplatser fungerade bättre än vad som upplevdes vid de spanska arbetsplatserna.

Det visade sig vara tvärtom. Vi har valt att här lyfta fram några av de resultat som kommit fram i SEES-projektet.

#### JÄMFÖRELSE MELLAN SVERIGE OCH SPANIEN AV FAKTORER SOM PÅVERKAR ARBETSMILJÖ, AVSIKT ATT STANNA KVAR I ARBETET, HÄLSA, VÅRDKVALITET

För de enskilda frågor och skalor som ingick i enkäten fanns signifikanta (statistiskt säkerställda) skillnader i svaren mellan de svenska och de spanska deltagarna. I tabell 2 visas medelvärden för svaren där de svenska deltagarna rapporterade i högre utsträckning att de hade för avsikt att söka ett annat arbete det kommande året, de skattade vårdkvaliteten lägre och de angav fler symtom på ohälsa än de spanska deltagarna. Vidare rapporterade de svenska deltagarna ett lägre organisationsengagemang, de omformade sitt arbete i mindre utsträckning och de visade högre värden på överengagemang. De svenska deltagarna rapporterade i väsentligt högre grad att de hade påverkats av organisationsförändringar det senaste året.

Den enda variabel som var till Sveriges fördel var att de svenska deltagarna upplevde större möjligheter att få annat arbete. Det kunde alltså eventuellt finnas en så kallad effekt av inlåsning hos de spanska deltagarna; något som vi trodde skulle kunna uppstå på grund av den relativt höga arbetslösheten i de spanska kommunerna. Men statistiska bearbetningar visade att den frågan inte hade någon betydelse för svarsmonstren i stort. Det fanns en mycket svag relation till avsikten att söka ett annat jobb, där en procent av variationen kunde förklaras av möjligheten man såg att få ett annat jobb. Vi uteslöt därför att det fanns inlåsningseffekter som påverkade resultaten.

I intervjuerna med cheferna ställde vi frågor om vilka slags organisationsförändringar som hade genomförts. Utifrån chefernas beskrivningar kunde vi klassificera omfattningen av förändringen:

1. Inga eller små förändringar utöver de som normalt pågår på en arbetsplats.
2. Några förändringar, exempelvis omvandling av vikariat till fast tjänst eller förändringar på mellanchefsnivå.
3. Omorganisering som innefattade förändringar som påverkade hela arbetsplatsen. Exempel var geografiska förändringar av arbetsdistrikt i hemtjänsten, fysisk flytt av verksamheter, övergripande förändringar av arbetsuppgifter eller arbetsscheman samt nedskärningar (se bilaga 2).

För de som gick in i SEES-projektet 2015 framkom det av intervjuerna med cheferna att 63 procent av de svenska deltagarna arbetade i organisationer som gjort omorganiseringar; motsvarande andel hos de spanska deltagarna var 15 procent. Detta ligger i linje med de undersökningar om arbetsförhållanden generellt på arbetsmarknaden (European Working Condition Survey, EWCS) som utförs regelbundet i EU. Resultaten, som

Tabell 2. Medelvärden (standardavvikelse) för de undersökta variablerna.

	Sverige (n=298)	Spanien (n=353)
Tänker söka nytt jobb	2,32 (1,3)	1,86 (1,1)
Vårdkvalitet	3,79 (0,7)	4,07 (0,6)
Ohälsa	1,92 (0,5)	1,78 (0,4)
Engagemang	3,11 (0,7)	3,77 (0,8)
Arbetsomformning	3,12 (0,6)	3,24 (0,7)
Överengagemang	2,66 (0,9)	2,50 (0,8)
Organisationsförändring	3,93 (1,3)	2,83 (1,4)

presenterades av Eurofound 2017, visade att 42 procent av svenska anställda svarade att deras arbete hade påverkats av organisationsförändringar och rekonstruktioner i betydande grad under de senaste tre åren. Detta är att jämföra med 19 procent av anställda i Spanien. Vi kan också konstatera att omsättningen av chefer är hög i det svenska urvalet. I det ursprungliga urvalet hade 40 procent avslutat sin anställning två år efter SEES-projektets start. För det spanska urvalet har vi inga exakta siffror för omsättning av chefer, men enligt uppgift från boendena var den låg.

På de spanska arbetsplatserna var rollerna tydligare för vårdpersonal, kökspersonal, tvätteripersonal och vaktmästare, och därmed var även arbetsdelningen tydligare. I Sverige finns vanligen ingen specialisering, och personalen har hand om alla delar i personlig omvårdnad, service och socialt stöd (Stranz och Szebehely 2018).

Sammantaget kunde vi se i våra jämförelser att de spanska arbetsplatserna hade ett annat sätt att organisera och en mer hierarkisk struktur. De hade fler chefer och även en tydligare rollfördelning mellan vård och andra arbetsuppgifter. En annan påtaglig skillnad var att de svenska arbetsplatserna hade genomgått större eller mindre organisationsförändringar i betydligt högre grad än de spanska.

#### ARBETSSOMFORMNINGENS BETYDELSE

Arbetsomformning ses som en resurs som individen använder sig av för att påverka sin arbetssituation. Forskningen har visat att det finns en koppling mellan arbetsomformning och välmående, engagemang och arbetstillfredsställelse (Yepes-Baldó m.fl. 2018). Vi ville undersöka om detta också gällde

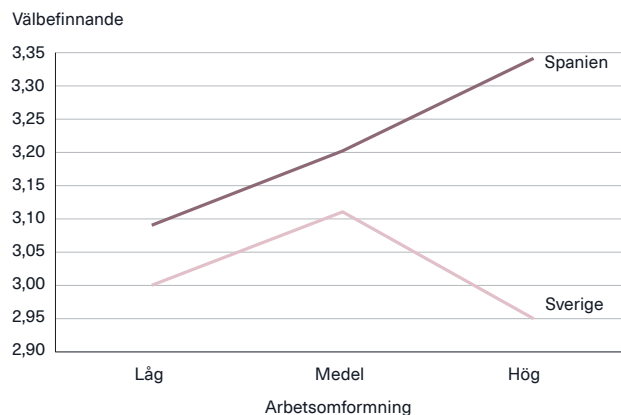
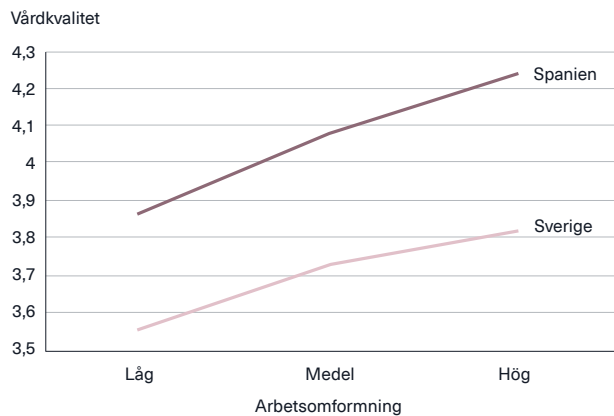
för vårdkvaliteten och personalens hälsa och välbefinnande, samt om det fanns skillnader mellan Sverige och Spanien. Vi delade in enkätsvaren om arbetsomformning i tre grupper (låg, mellan och hög). Därefter analyserade vi skillnaden mellan grupperna utifrån svaren på påståendena och frågorna om vårdkvalitet och välbefinnande.

Resultaten som presenteras i figur 1 visar att för vårdkvalitet fanns det förväntade sambandet, det vill säga att när arbetsomformningen (AO) var hög så var också vårdkvaliteten hög. Kurvan steg på samma sätt i bägge länderna men i Sverige låg skattningarna på en lägre nivå. Den svenska personalen bedömde alltså vårdkvaliteten vara lägre jämfört med den spanska personalens bedömning, oavsett upplevd arbetsomformning. När det gällde välbefinnande och hälsa förväntade vi oss att en ökad arbetsomformning också skulle öka välbefinnandet, vilket stämde för den spanska personalen. För den svenska personalen gällde det däremot inte. Intressant nog visade det sig att när den svenska personalen upplevde sig kunna omforma sitt arbete i hög grad så sjönk deras välbefinnande, vilket illustreras genom en så kallad omvänd U-kurva (figur 1).

Resultaten kan tolkas på flera sätt. Det verkar som att den svenska gruppen inte har någon fördel av en hög arbetsomformning när det handlar om deras hälsa och välbefinnande. En orsak kan vara att stressen blir för hög i en situation där man vill forma om arbetet och ser behov av att göra det men inte kan på grund av höga krav, till exempel tidspress, eller bristande resurser, till exempel otillräckligt stöd i arbetsprocessen.

En annan förklaring kan handla om att även om arbetsomformning utgår från individens eget initiativ, så kan det också kopplas till den möjlighet till kontroll och inflytande över arbetet som individen uppfattar att organisationen ger utrymme för. Flera arbetshälsoteorier utgår från premissen att ju mer kontroll en anställd upplever sig ha, desto mer positiva effekter kan uppnås. Men det finns en diskussion inom forskningen kring detta. I en studie från slovensk äldreomsorg där personalens välmående och hälsa undersöktes fann man just den omvända U-kurvan som syntes i SEES. Över tid fann man också att de som hade högst kontroll hade en ökad benägenhet att depersonalisera brukarna och känna mindre energi i arbetet. Slutsatsen var att hög kontroll inte alltid är till fördel för personalens välmående och vårdkvaliteten i äldreomsorgen (Kubicek m.fl. 2014). Även i andra branscher har forskningen funnit liknande resultat när det gäller kontrollens betydelse för känslomässig utmattning, det vill säga en alltför hög kontroll är inte alltid funktionell (Konze m.fl. 2017). I den nyligen publicerade finska studien som tidigare nämnts, fanns liknande resultat när det gällde positiva och negativa effekter av arbetsomformning. Den studien visade att när arbetsomformningen innebär en ökad arbetsbelastning påverkas personalens hälsa negativt; om arbetsomformningen

Figur 1. Jämförelse mellan Sverige och Spanien i arbetsomformningens (AO) betydelse för vårdkvalitet (skala 1–5) och välbefinnande (skala 1–4) (Yepes-Baldo m.fl. 2018).



däremot innebär att arbetsuppgifterna blir mer komplexa kan detta ha en positiv påverkan på arbetsengagemanget (Harju m.fl. 2021). Det kan vara värt att här poängtera att när kraven överstiger kontrollen lite lagom, så upplevs de ofta som stimulerande och utmanande (Karasek och Theorell 1990).



## BETYDELSE AV OCH FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ENGAGEMANG

Att ledare är viktiga för medarbetarnas arbetsmiljö och hälsa råder det inget tvivel om (Skakon m.fl. 2010). Den mest förespråkade ledarskapsmodellen, det så kallade transformella ledarskapet (Bass m.fl. 2003), bottnar i ett engagerat, visionärt, inspirerande och stödjande ledarskap. I våra studier fann vi att spanska chefers engagemang ökade de spanska medarbetarnas organisationsengagemang liksom deras upplevelse av god vårdkvalitet, samtidigt som deras avsikt att lämna arbetet minskade. Dessutom bidrog chefernas *överengagemang* till ett minskat engagemang hos medarbetarna tillsammans med att de upplevde sig ge lägre vårdkvalitet. Avsikten att sluta var också högre på arbetsplatser med överengagerade chefer. Dessa samband såg vi däremot inte i de svenska organisationerna. Här hade chefernas engagemang ingen relation alls till medarbetarnas organisationsengagemang, upplevelse av vårdkvalitet eller avsikt att sluta. Deras överengagemang påverkade emellertid medarbetarna såtillvida att de upplevde att de utförde en lägre vårdkvalitet, men denna påverkan var så liten att trots att resultatet var statistiskt signifikant är frågan om den hade en reell påverkan på medarbetarna (Nordin m.fl. 2018).

Resultaten kan, bland annat, ha att göra med chefernas kontrollspann. I det spanska urvalet har cheferna 6 till 19 anställda (inklusive arbetande gruppledare) medan de svenska cheferna har mellan 17 och 60 anställda per första linjens chef. Därav följer att delegeringen är mycket mer utbredd i Sverige och ledarskapet har svårare att fungera i stora och spridda grupper. Ett större kontrollspann hos chefer har i studier inom sjukvård relaterats till sämre prestation och fler incidenter och skador (Wong m.fl. 2015). Att ha fler underställda medarbetare påverkar också chefers arbetsbelastning negativt och leder till ökade krav på ledarrollen (Wallin m.fl. 2014). En övergång från hierarkier till platta organisationer har också i studier från andra länder visat sig leda till ökat kontrollspann, ökat ansvar och högre arbetsbelastning för chefer (Littler, Wiesner och Dunford 2003). Vi kan dessutom konstatera att omsättningen av chefer är hög i det svenska urvalet. I den ursprungliga gruppen i projektet hade 40 procent avslutat sin anställning eller flyttat inom samma organisation efter de första två åren. Det här är i linje med att det tidigare har konstaterats att omsättningen av chefer i svensk offentlig sektor generellt är hög (Corin m.fl. 2016).

Platta organisationer är ämnade för att skapa engagemang och förbättra kommunikationen både mellan ledare och medarbetare och medarbetare emellan. Intressant nog visar våra studier att organisationsengagemanget uppfattas lika bra och ibland till och med bättre i de spanska, mer hierarkiska organisationerna jämfört med de svenska platta verksamheterna.

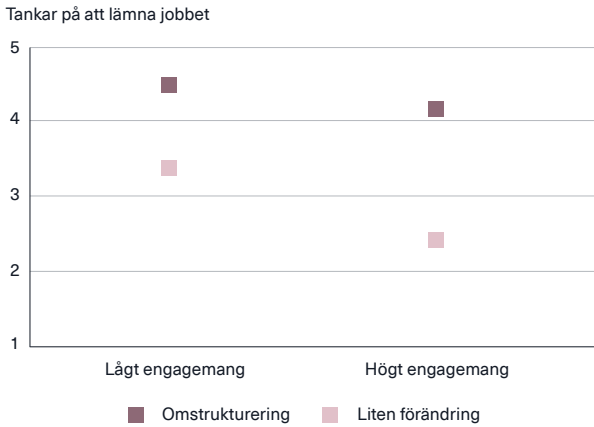
Återigen kan detta ha att göra med kontrollspannets storlek. Det är lättare att kommunicera med en mindre grupp och det är just mindre grupper som kännetecknar de spanska, men inte de svenska, organisationerna. I en mindre grupp är det lättare att lära känna varandra och när man känner varandra är det i sin tur lättare att skapa en god kommunikation och dialog. Positiv kommunikation och god dialog är grunden för en god psykosocial arbetsmiljö eftersom det är genom kommunikation och dialog som idéer och information delges (till exempel Södergren m.fl. 2016). God kommunikation är också ett viktigt instrument för att medarbetaren ska kunna sätta en gräns i en arbetsmiljö som lätt tenderar att bli gränslös. Denna gräns är viktig för medarbetarens välbefinnande och hälsa (Allvin m.fl. 2006).

#### ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR

Eftersom organisationsförändringar var så pass mycket vanligare i Sverige än i Spanien, ville vi undersöka hur den typen av förändringar påverkade avsikten att lämna jobbet, personalens hälsa, överengagemang och deras bedömning av vårdkvaliteten. Sedan tidigare har forskningen visat att organisationsförändringar ofta har en negativ påverkan både på kort och på lång sikt. Vi kunde konstatera att detta stämde även på våra data i en av våra studier som undersökte organisationsförändringars påverkan över tid (Lundmark m.fl. 2021). Vi kunde se att organisationsförändringar hade samband med en ökning av de anställdas tankar på att söka nytt jobb och att vara överengagerade. Vi kunde också se att det fanns ett samband över tid mellan organisationsförändringar och bedömningen av en försämrad vårdkvalitet. Till grund för analysen låg de anställdas svar på frågan om de hade påverkats av organisationsförändringar under det senaste året. Det fanns alltså ingen bedömning av om förändringarna hade en positiv eller negativ påverkan, utan svaren speglar hur mycket de anställda uppfattade att de personligen hade påverkats av förändringar.

En annan fråga som vi ville besvara var om organisationsengagemang kunde mildra eller ta bort negativa effekter av organisationsförändringar. Detta undersöktes i en tvärsnittsstudie (Westerberg m.fl. 2018), vilket innebär att data för analysen var insamlat vid ett tillfälle. Till grund för analysen användes både chefernas beskrivning av förändringarnas omfattning (se bilaga 2) och medarbetarnas bedömning av om de hade påverkats av organisationsförändringar under det senaste året. Resultaten visade att det fanns ett samband mellan organisationsengagemang och tankar på att söka nytt jobb, medarbetarnas hälsa och deras bedömning av vårdkvaliteten. När personalen hade påverkats av organisationsförändringar rapporterade de också sämre hälsa och tankarna på att lämna jobbet ökade. Det visade sig också att organisationsengagemang inte fungerade som buffert mot negativa effekter vid förändringar,

Figur 2. Organisationsengagemangets betydelse vid tankar på att lämna jobbet under organisationsförändringar.



Kommentar: Tankar på att söka nytt jobb mäts på en skala 1–5 där 1 står för »stämmer inte alls« och 5 står för »stämmer helt«.

vilket tidigare forskning pekat på. Det kan ha att göra med förändringarnas omfattning. Figur 2 visar relationen mellan organisationsengagemang och tankar på att söka nytt jobb vid en liten förändring respektive en omstrukturering, det vill säga en större organisationsförändring. Av figuren framgår att organisationsengagemang tycks ha betydelse vid mindre förändringar: ett högt organisationsengagemang är i lägre utsträckning förknippat med tankar på att lämna jobbet jämfört med ett lågt organisationsengagemang. När det handlar om större omstruktureringar är tankarna på att lämna jobbet ungefär desamma, oavsett grad av organisationsengagemang.

De här resultaten visar på den negativa effekt som mer omfattande organisationsförändringar kan ha. Eftersom de svenska deltagarna påverkades i en väsentligt högre grad av olika slags organisationsförändringar under projektiden finns det anledning att diskutera om detta kan bidra till en del av skillnaderna som visas mellan länderna i tabell 2. Det finns också studier som visar på att organisationsengagemang minskar när organisationsnivåerna blir färre. Något som egentligen förväntas göra medarbetarna mer självständiga och organisationen smidigare. En möjlig förklaring till resul-

taten, kan vara att det minskade organisationsengagemanget beror på att organisationsförändringarna innebär att mer arbete (och därmed krav) läggs ut på medarbetarna vilket försvagar engagemanget (och därmed medarbetarnas egna resurser) (Littler m.fl. 2003).

#### ROLLTYDLIGHET OCH LEDARSTÖD

Om ledarstödet är svagt och det sker många förändringar i en verksamhet kan också yrkesrollen bli otydlig. I det svenska urvalet är fler arbetsuppgifter delegerade ut i organisationerna och enskilda medarbetare har ett bredare uppdrag jämfört med i det spanska urvalet där gränserna mellan yrkeskategorier är skarpare och organisationen mer hierarkisk.

Delegering kan relateras till ökad kontroll eller ökat inflytande i arbetet vilket generellt anses positivt och är en resurs som stärker yrkesrollen (Bakker och Demerouti 2007). Inflytande och kontroll har även betydelse för anställdas hälsa och ohälsa (SBU 2013, 2014a, 2014b, 2015). Men det finns en diskussion om negativa effekter av hög kontroll (se även s. 62).

En första analys av vårt material visade att tillsammans med ledarstöd förklarar rolltydlighet närmare 19 procent av variationen i svaren om vårdkvalitet. Rolltydlighet hade klara samband med vårdkvalitet, i något mindre grad med hälsa men inte alls med avsikt att sluta på arbetet. Däremot tycks ledarstöd vara relaterat, i något högre utsträckning än rolltydlighet, till personalens avsikter att lämna jobbet. Det här är preliminära resultat som inte är granskade av andra forskare och publicerade ännu. Resultaten ligger dock helt i linje med tidigare forskning. Exempelvis visar en översiktsstudie från Kanada om vård i hemmet, där forskarna sammanställt vilka faktorer i personalens arbetssituation som optimerar vårdkvalitet, att just rolltydlighet och ledarstöd hade starkast samband med vårdkvalitet (Ganann m.fl. 2019). Som vi beskrivit tidigare har en betydande andel av de svenska ledarna ett stort kontrollspann med många medarbetare. Det kan påverka medarbetarnas upplevelse av ledarstöd, eftersom det kan vara svårt för ledarna att räkna till för alla. När det gäller rolltydlighet kan personalens många arbetsuppgifter medföra att yrkesrollen blir otydlig och belastad, vilket i förlängningen påverkar vårdkvaliteten.

#### SVERIGE OCH SPANIEN UNDER CORONAPANDEMIN

Denna rapport är skriven under den pågående coronapandemin, och det finns fortfarande inga säkra slutsatser om arbetsmiljöns och organiseringens roll när det gäller att förklara varför så många äldre på svenska boenden drabbades så svårt av covid-19 och avled. Detta kommer med all säkerhet att bli föremål för kommande studier. Vi har däremot visat att svensk äldreomsorg gick in i pandemin med brister i arbetsmiljön. Den spanska äldreomsorgen har också haft det svårt under

pandemin, och under våren 2020 rapporterades skräckscener i medierna från spansk äldreomsorg. Vi har tidigare nämnt att det finns regionala variationer i äldreomsorgens organisation och arbetsmiljö i både Spanien och Sverige. Katalonien, som deltagarna i våra studier kommer från, var och är särskilt drabbade av pandemin. Norra Sverige drabbades emellertid inte lika hårt i den första vågen av pandemin, men under hösten 2020 spreds den i flera kommuners äldreomsorg även där. I jämförelserna mellan Sverige och Spanien i SEES-studien framstår den spanska arbetsmiljön och organiseringen som mer fördelaktig för personalen men detta tycks inte ha haft någon betydelse för smittspridningen av covid-19. Det går, som sagt, inte att dra några säkra slutsatser ännu men det spanska institutet IMAS<sup>11</sup> gjorde under våren 2020 en enkätundersökning bland sjukhusanställda där 71,5 procent av de 2 495 respondenterna svarade att de inte hade haft tillräckligt med resurser att möta utbrottet. Det fattades både personlig skyddsutrustning och tester. Endast en tredjedel uppgav att de hade fått instruktioner om hur de skulle skydda sig själva vid utbrottet och färre än hälften hade fått riktlinjer om hur de skulle hantera smittade patienter. Över 90 procent ansåg att regeringen agerade långsamt och sent. De slutsatser som dras i rapporten är att samordningen mellan regionerna samt mellan primärvård och sjukhusvård är undermålig. Den nationella samordningen i hälso- och sjukvården anses ha varit fragmenterad och otillräcklig. Regionala regeringar, som den i Madrid, har anklagats för att utfärda rekommendationer som gått ut på att inte ta emot äldre på sjukhus. Undersökningen är inte specifikt riktad mot äldreomsorgen i Spanien men det finns ingen anledning att tro att äldreboenden skulle varit bättre rustade än sjukhusen att möta en pandemi.

Någon jämförbar större studie finns inte, såvitt vi känner till, i Sverige i nuläget. Men i den mediala rapporteringen och i de tillsynsrapporter<sup>12</sup> som IVO (Inspektionen för vård och omsorg) presenterade under hösten 2020 påtalas liknande brister på skyddsutrustning, tester och rekommendationer för vård av äldre. Vidare publicerades Coronakommissionens delbetänkande i december 2020 (SOU 2020:80). Där framfördes bland annat att brister i utbildning, kompetens och arbetsförhållanden bidragit till att äldreomsorgen har drabbats så hårt. Anställda i vården och omsorgen har under 2020 arbetat oerhört hårt för att hantera covid-19 och deras vittnesmål från pandemin kommer säkerligen att ge ytterligare klarhet i vad som behöver förändras när det gäller arbetsmiljö och organisering.

11. Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria.
12. <https://www.ivo.se/tillsyn/tillsyn-aldreomsorg-covid-pandemin/>.

---

## Ruta 6. Begränsningar och avgränsningar i SEES-projektet

I SEES-projektet kommer de spanska deltagarna från katalanska kommuner. Äldreomsorgen i de spanska självständiga regionerna varierar. De svenska deltagarna kommer från norra Sverige. Även om norra Sverige är ett stort geografiskt område och Katalonien är tätbefolkat, speglar urvalet inte i huvudsak storstadsområdet. Vi kan därför inte säga att urvalen har varit representativa för respektive land, men för Sveriges del har vi ändå fått viss täckning över landet med hjälp av annan forskning. En avgränsning i deltagarurvalet är att timanställda inte deltog i studien. Urvalet byggde på fast anställda och långtidsvikarier. Orsaken var att deltagarna skulle ha tillräckligt god kännedom om organisationen och arbetet för att kunna svara på enkäten. Utöver ålder, kön och typ av anställning har vi inte samlat in personlig information om deltagarna, exempelvis utbildningsnivå. Det kunde ha varit intressant att i jämförelsen mellan länder veta något om utbildningsnivå, men vi valde att begränsa antalet personliga bakgrundsfrågor. I stället ingick en fråga om utbildningsbehov i intervjustudien, men svaren var så pass allmänna att det var svårt att göra

en rättvisande jämförelse baserat på dem. I den svenska gruppen beskrev alla chefer, utom en, att det fanns behov av utbildade undersköterskor och två kommuner hade pågående utbildningar. Vissa uppgifter om verksamheten ville de spanska privata organisationerna inte lämna ut, det gällde exempelvis detaljer om sjukfrånvaro och personalomsättning som fanns med i intervjufrågorna. Sammantaget begränsade detta den information som vi kunde få fram om organisationerna. När det gäller skillnader i svarsmonster kan dessa variera mellan länder. Vi testade skalorna med hjälp av faktoranalyser för att se om frågorna uppfattades systematiskt olika mellan det svenska och det spanska urvalet. Svarsmönstret var detsamma men det kan ju finnas en kulturell benägenhet att svara med särskilt höga eller låga värden. Vi har dock inte kunnat finna några systematiska skillnader i spridningen mellan länder i vårt material. Utöver det har vi också tagit med forskning från de nordiska länderna för att kunna jämföra svensk äldreomsorg med länder som antas vara kulturellt mer lika.

---

## Jämförande studier från Norden och Australien

När data från olika länder jämförs är det viktigt att förstå kontexten när man tolkar resultaten. Vi frågade oss därför om skillnaderna mellan svensk och spansk äldreomsorg skulle kunna bero på kulturella skillnader mellan norra och södra Europa. Eftersom vi saknade egna data som kunde belysa detta fick vi söka svar på andra sätt. Vi valde att jämföra den svenska äldreomsorgens arbetsförhållanden och arbetsmiljö med andra nordiska länder som ligger varandra kulturellt nära. Vi lyfter här fram två större projekt som ger perspektiv på likheter och skillnader mellan de nordiska länderna: Kvalitet i äldreomsorgen (Rapport Äldreomsorg i Norden 2015) och Nordcare (ett forskningsprojekt som gjorde två stora enkätstudier 2005 och 2015). Dessutom hänvisar vi till Marta Szebehelys underlagsrapport till SOU 2020:80, »Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden«.

I en rapport från projektet Kvalitet i äldreomsorgen jämförs förhållandena i nordisk äldreomsorg mer övergripande. Gemensamt för de nordiska länderna är en offentligt finansierad

rad äldreomsorg som omfattar alla äldre med behov av stöd och hjälp. Generellt har service och stöd omprioriterats mot personlig omvårdnad och servicedelen har minskat över åren i alla länderna. Det finns skillnader i regelverket kring vilka som ska utföra äldreomsorgen men i Sverige, Norge, Finland och Danmark finns privata utförare. Sverige och Danmark har gått längst i ambitionen att konkurrensutsätta äldreomsorgen men kommunerna har möjlighet att begränsa omfattningen. I Norge var andelen privata utförare begränsad till några få procent när rapporten skrevs. Denna har emellertid ökat något under senare år. I Finland har man valt att satsa mer på anhörigvård och stöd till så kallad närstående vård. I SOU-rapporten 2017:21 beskrivs den finska lagen om stöd till närstående vård som trädde i kraft 2006. Den innebar att kommunerna har ett ansvar att ge stöd som inbegriper vårdarvode och social service för närstående vård.

Huvudansvaret för äldreomsorgen ligger i Danmark, Sverige och Norge hos kommunerna medan Finland har infört en regional struktur med självstyrande områden. Sammantaget är brukarnas avgifter låga i de nordiska länderna, och i Danmark är hemtjänsten i princip kostnadsfri för brukarna. År 2014 var täckningen av hemtjänst eller någon form av äldreboende 47 procent av danska och norska 80-åringar, 36 procent av finska och 37 procent av svenska 80-åringar (beräkning från Szebehely och Meagher 2017). Sammantaget visar rapporten på generella likheter mellan de nordiska länderna men också skillnader, exempelvis i grad av privatisering, anhörigvård och sjukvård. I underlagsrapporten till SOU 2020:80 lyfts även skillnaden i tillgång till läkare. Som vi beskrev i inledningen av rapporten följde inte läkarna med till de kommunala organisationerna vid Ädelreformen. I Sverige är läkarna fortfarande kvar i regionerna och primärvården medan de övriga nordiska länderna har läkare inom den kommunala organisationen i varierande utsträckning. Coronakommissionen föreslår att också de svenska kommunerna bör få möjlighet att anställa läkare. I underlagsrapporten konstateras att det ibland är svårt att göra jämförelser om exempelvis bemanning och personaltäthet även mellan de nordiska länderna, eftersom uppgifter saknas eller beräknas på olika sätt.

I projektet NORDCARE har man undersökt och jämfört ett antal viktiga arbetsmiljöfaktorer i äldreomsorgen i Sverige, Norge, Finland och Danmark vid två tillfällen (2005 och 2015)<sup>13</sup>. Man har bland annat ställt frågan om medarbetarna allvarligt har funderat på att sluta arbetet (Szebehely m.fl. 2017). Det visade sig att nästan hälften av de anställda i Sverige (49 procent) allvarligt hade funderat på detta. I de övriga nordiska länderna var andelen lägre (39 procent). Forskarna undersökte vilka arbetsmiljöfaktorer som hade samband med de svenska anställdas tankar om att sluta arbetet. Resultaten

13. År 2005 distribuerades 5 000 enkäter i de deltagande länderna, med en svarsfrekvens på 72 procent. År 2015 distribuerades 8 000 enkäter och svarsfrekvensen var 55 procent. Enkäterna gick ut till ett slumpmässigt urval av offentligt och privat anställda medlemmar i de nordiska kommunalarbetsförbunden (Stranz och Szebehely 2018).

visade på ett samband med antal brukare, arbetstider och arbetstidernas relation till familjeliv och sociala aktiviteter, krav, kontroll, utvecklingsmöjligheter och möjlighet till stöd i arbetet. Upplevelsen av att få uppskattning från brukarna hade däremot inte något samband med tankar på att sluta jobbet, men väl med känslor av otillräcklighet att möta behoven.

I jämförelse med de övriga nordiska länderna rapporterade de svenska deltagarna

- › sämre anpassning av arbetstiderna till familjeliv och övrigt socialt liv
- › en väsentligt större andel delade turer (arbetsdagen uppdelad i två pass)
- › färre möjligheter till att lära nytt och utvecklas i yrket
- › sämre möjligheter att ha möte med sin närmaste chef.

Dessutom uppgav en större andel svenskar att de var kroppsligt trötta, hade ont i ryggen och kände sig psykiskt uttrötade efter arbetet.

Över de tio år, från 2005 till 2015, som studien omfattar, ser forskarna försämringar av arbetsvillkoren i den svenska äldreomsorgen som inte sker i Finland, Norge och Danmark på motsvarande sätt. Särskilt lyfter man fram försämringar i tillgången till chef och markant sämre utvecklingsmöjligheter samt en försämring i arbetstidernas förläggning. Sammanfattningsvis skiljer den svenska äldreomsorgen ut sig från de nordiska länderna på ett negativt sätt.

Ett urval från NORDCARE:s datainsamling 2005, bestående av personal som arbetade i hemtjänsten, har också använts för att göra jämförelser med andra länder utanför Norden. Ett exempel är en jämförande studie med hemtjänstpersonal i Australien. I studien användes enkäter från 166 svenska anställda i hemtjänsten och 318 anställda i australisk hemtjänst. För bägge länderna beräknas att ungefär 20–30 procent anställda i hemtjänsten inte hade någon formell utbildning alls. De svenska deltagarna beskrev mer sjukvårdande arbetsuppgifter, såsom medicindelning, att ge injektioner och att ägna sig åt rehabiliterande uppgifter medan de australiska deltagarna hade mer av socialt betonade arbetsuppgifter och betydligt mer städning. Liknande resultat som vid jämförelsen med de nordiska länderna framkom i studien, och återigen var jämförelser av arbetsförhållanden och arbetsorganisation till svensk nackdel. Det fanns skillnader i arbetstid och arbetsinnehåll som kunde förklara en del av skillnaderna men givet detta löpte de svenska anställda högre risk att ha för stor arbetsbelastning, att vara på en underbemannad arbetsplats och att känna sig otillräckliga gentemot brukarnas behov. De svenska anställda ansåg också att deras arbetsförhållanden och möjlighet att möta brukarnas behov hade försämrats på senare år. Däremot visade sig de svenska anställningarna vara jämförelsevis mer anpassade till kontinuitet och omsorgskvalitet



(Meagher m.fl. 2016). Den här studien är en mindre studie men är intressant eftersom resultaten kan sättas i relation till den ökade fokuseringen på brukarna i Sverige, som beskrivits tidigare i kapitel 2, vilket på sina håll tycks ha inneburit att personalens arbetsmiljö fått mindre uppmärksamhet.

---

## 6. Slutsatser

VI HAR I DEN HÄR RAPPORTEN lyft fram hur olika slags förändringar har haft betydelse för äldreomsorgens ledarskap och arbetsmiljö. Förändringarna har i förlängningen påverkat vårdkvaliteten, de anställdas hälsa och välmående och deras avsikter att stanna kvar i jobbet. Med utgångspunkt från 1990-talets ekonomiska kris, tankegodt från New Public Management och reformer som direkt och indirekt påverkat äldreomsorgen har vi kunnat se hur första linjens chefer och personal i äldreomsorgen fått ett tyngre och utvidgat uppdrag.

Vi har arbetat utifrån tre övergripande frågor som omfattar psykosocial arbetsmiljö, organisering, ledarskap och förändringar i äldreomsorgen:

1. Hur har de omfattande förändringarna på samhällsnivå under 1990-talet kommit till uttryck i äldreomsorgens verksamhet?
2. Finns det en balans mellan krav och resurser i arbetet, och hur är balansen i jämförelse med andra länders äldreomsorg?
3. Vilken betydelse har organisationsförändringar haft för arbetsmiljön och organiseringen i äldreomsorgen?

### Samhällsförändringarnas konsekvenser för äldreomsorgens verksamhet

Samhällsförändringarna under 1990-talet hade alla omfattande påverkan på äldreomsorgens arbetsmiljö och organisering. Den samhällsekonomiska krisen innebar att inte bara äldreomsorgen utan hela den offentliga sektorn fick göra kraftiga nedskärningar och omorganiseringar. Ädelreformen innebar att ansvaret för stöd och hjälp till mer sköra och sjuka äldre övertogs av kommunerna, vilket ökade behoven av medi-

cinskt utbildad personal. Idéerna från NPM spreds och implementerades snabbt under den här perioden och medförde nya sätt att tänka kring offentlig verksamhet. I äldreomsorgen blev beslutslinjen tydligare, och ledarna blev enhetschefer med ett utökat ansvar. Generellt blev ledarna delegerade fler arbetsuppgifter som handlade om budgethantering och personal. Samtidigt medförde marknadsanpassningen att de tidigare uppgifterna kring behovsbedömning fördes över till särskilda biståndshandläggare. Kostnadseffektiviseringar och betoningen på ekonomiska resultat har sedan följt äldreomsorgens verksamhet över åren. Detta har också medfört att arbetsuppgifter kring dokumentation, det vill säga inrapportering och kontroll av verksamheten och arbetstiden, har blivit mer omfattande både för chefer och också personal. Flera forskare anser att oregelbundna arbetstider, bristande kontinuitet och minskat handlingsutrymme, det vill säga lägre kontroll över hur arbetet ska utföras, varit priset för marknadsanpassningen (Ljung och Ivarsson Westerberg 2017).

När mer sköra och sjukare äldre kom in i äldreomsorgen samtidigt som fokus på kostnader och nedskärningar i budgeten krävdes, förändrades också viktningen av äldreomsorgens huvuduppgifter. Personlig omvårdnad blev en tydligare uppgift medan rena serviceuppgifter fick mindre utrymme. Att brukarna sattes i centrum är positivt och numera självklart. Men det tycks som att det med tiden medförde att arbetsmiljöfrågorna fick mindre uppmärksamhet. Szebehely, Stranz och Strandell (2017) menar att personalens arbetsvillkor inte beaktats när omorganiseringar av äldreomsorgen har genomförts. De lyfter fram att arbetsvillkoren har försämrats över tid samtidigt som de politiska ambitionerna när det gäller äldreomsorgens insatser och äldres delaktighet och självbestämmande har ökat.

I intervjustudien (Westerberg 1999) som vi presenterade i kapitel 2 var dilemmat mellan brukarfokus och personalens arbetsmiljö tydligt. Första linjens chefer tyckte att de hade svårt att få klara besked om vilket lagutrymme som skulle gälla främst: arbetsmiljölagen eller socialtjänstlagen. När Arbetsmiljöverket gör inspektioner trettio år senare visar det sig att den högsta ledningen inte alltid är medveten om arbetsmiljöansvaret. I kapitel 3 refererade vi till en studie (Westerberg m.fl. 2016) där det framkom att brukarna i hemtjänsten anpassade sina förväntningar utifrån sin förståelse av personalens arbetsförhållanden och de resurser som de uppfattade fanns att tillgå. Vi drar slutsatsen att arbetsförhållanden och brukarfokus är nära relaterade och båda delarna måste väga lika tungt i äldreomsorgen, men att så inte alltid är fallet. Detta kan innebära att bägge grupperna, personal och brukare, blir utelämnade på grund av brister i organisationen och i ledarskapet.

## Vikten av balans mellan krav och resurser inom äldreomsorgen

Resultat från forskningsstudier, från Socialstyrelsens lägesrapporter, från Arbetsmiljöverkets senaste inspektioner och från jämförande studier av äldreomsorgen i flera länder visar att arbetsmiljön i svensk äldreomsorg har brister. Även om det finns variationer över landet liksom mellan hemtjänsten och särskilda boenden så pekar resultaten åt samma håll: förhållandena har försämrats över tid för personalen och deras närmaste chefer. Tidspressen, arbetstidernas förläggning, upplevelsen av brist på ledarstöd, avsaknad av utbildnings- och utvecklingsmöjligheter, trots nationella satsningar, är några av de alarmklockor som ringt. Det finns alltså en obalans mellan krav (tidspress med ökat antal brukare och fler tilldelade arbetsuppgifter) och resurser (stöd från chefer och organisationen, tid till möten, utveckling och utbildning) som i förlängningen torde hänga samman med den höga sjukfrånvaron och personalomsättningen. För cheferna har arbetsbelastningen ökat med ansvaret för större personalgrupper och fler arbetsuppgifter.

Vi har i SEES-projektet gjort jämförelser mellan svensk och spansk äldreomsorg och kunnat konstatera att personalen i den svenska äldreomsorgen uppvisar ett mer negativt mönster vad gäller organisationsengagemang, arbetsomformning, upplevd vårdkvalitet och möjlighet för ledarna att påverka. Även andra jämförande studier mellan länder har visat mer negativa mönster för svensk äldreomsorg när det handlar om arbetsmiljö och arbetsförhållanden (Szebehely m.fl. 2017; Meagher m.fl. 2016). I SEES-projektet antog vi att ledarnas upplevelse av engagemang skulle vara relaterad till personalens engagemang, till deras bedömning av vårdkvaliteten och vilja att stanna kvar i jobbet. Det visade sig stämma för de spanska deltagarna men inte för de svenska. Däremot tycks mer konkret tillgängliga svenska ledare vara relaterat till personalens vilja att stanna kvar i arbetet. De svenska arbetsplatserna har också i betydligt större utsträckning påverkats av organisationsförändringar. Ett högt organisationsengagemang anses vara en buffert, eller en resurs, för att klara förändringar, men så var inte fallet i det svenska urvalet. Det tyder på att när förändringarna är mer omfattande för personalen i äldreomsorgen fungerar inte deras engagemang som stötdämpare mot negativa effekter i bedömningen av vårdkvalitet, upplevd hälsa och vilja att stanna kvar i jobbet.

En annan resurs som anställda kan använda sig av för att hantera sin arbetsituation är aktiv arbetsomformning. Resultaten i SEES-projektet tyder dock på att en stor arbetsomformning kan vara negativ i den svenska gruppen. Även andra studier har funnit att arbetsomformning kan ha negativa effekter (Harju m.fl. 2021). En orsak kan vara att omformningen inne-

bär att arbetsuppgifterna blir fler och att arbetsbelastningen därmed ökar utan att andra resurser tillförs. De förväntade goda resultaten uteblir alltså när övriga resurser upplevs som små eller saknas. Audenaert m.fl. (2019) menar att arbetsomformning är ett risktagande för individen eftersom det sker på eget initiativ och detta kräver en trygg arbetsmiljö. Här har ledarna en viktig roll att spela. En väl organiserad arbetsplats bidrar till struktur och kontinuitet. Om man vet vad som ska göras när och av vem skapas rolltydlighet och trygghet för medarbetarna. Det är emellertid viktigt att lämna plats för egna initiativ och möjlighet till viss arbetsomformning. Det här är en fin och dynamisk balansgång för ledarna, vilken är beroende av omgivningens krav och av personalsammansättningen på arbetsplatsen.

Ett återkommande problem inom äldreomsorgen har varit svårigheten att rekrytera personal med rätt utbildning och kompetens. Under coronapandemin har bristen på adekvat utbildning betonats än mer och utbildningsinsatser har efterfrågats. Utbildning är naturligtvis grunden för ett väl utfört arbete, och möjligheter till utveckling i arbetet betyder mycket. Enstaka kurser och satsningar löser emellertid inte problemen. Ett exempel att ta lärdom av är den nationella satsningen Kompetensstegen, där syftet var att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Utvärderingar visade på vissa effekter av olika utbildningsinsatser (IMS 2009), men satsningen tycktes inte ge långsiktiga effekter på exempelvis lärande i organisationerna (Westerberg 2010). Effekter av utbildning hänger intimt samman med arbetsmiljön, som ger förutsättningarna för att kunna tillämpa nya kunskaper. Det är viktigt att ha i åtanke om det finns tid att tillämpa nya kunskaper, utrymme för reflektion och samarbete samt om det finns en ledning och en organisation som har ett helhetsperspektiv och sätter utbildning i sitt sammanhang.

En aspekt av kompetensfrågan som ligger något utanför ramen för vår rapport men som vi ändå vill nämna är äldreomsorgens tillgång till medicinsk kompetens. Den uppdelning mellan kommuner och regioner när det gäller medicinsk kompetens som skapades vid Ädelreformen har diskuterats och ifrågasatts. Under coronapandemin har bristen på medicinsk kompetens inom kommunerna blivit ännu mer debatterad. Ett annat problem som rör medicinsk kompetens är den minskande tillgången på antalet specialtläkare i geriatrik per capita i hälso- och sjukvården. En anledning är att antalet specialtläkare inte har ökat i paritet med den ökande andelen äldre över 70 år (Socialstyrelsen 2020). Även om äldre håller sig friska längre upp i åren kommer det till sist en tid när medicinsk geriatrisk kompetens är nödvändig och minskningen av specialtläkare är generellt ogynnsam för äldreomsorgen.

## Organisationsförändringars betydelse för äldreomsorgens arbetsmiljö och organisering

Organisationsförändringar kan ses både som en belastning (krav) och som en tillgång (resurs). Vi har i rapporten försökt att belysa bägge dessa delar. En speciell situation, och inte alls ovanlig, uppstår när förändringar som kan betecknas som både krav och resurs pågår samtidigt. I kapitel 4 beskrev vi hur ett omfattande förbättringsarbete som syftade till att öka kompetens och kvalitet i äldreomsorgen pågick samtidigt som verksamheterna skulle göra kostnadsanpassningar, det vill säga nedskärningar. Båda initiativen hade man beslutat om på en strategisk nivå i organisationen, men beslutet om att gå in i ett förändringsarbete fattades långt före beslutet om nedskärningar. Naturligtvis måste organisationer vara flexibla och anpassa sig efter de förutsättningar som gäller. Den här bristande kopplingen mellan strategiska och operativa nivåer är dock ett återkommande problem i äldreomsorgen. Problemet i de fall vi beskrivit blev synligt när förväntade resultat av förbättringsarbetet inte uppfylldes. De samtidiga förändringarna, som hade sitt ursprung i ett beslut att göra kostnadsanpassningar, »störde« förbättringsarbetet och bidrog till uteblivna effekter.

I jämförelserna med andra länder, som Spanien, anar vi att Sveriges platta organisationer kan ha viss betydelse för arbetsmiljön inom äldreomsorgen. Spaniens förhållandevis hierarkiska organisation ger en mer detaljerad arbetsdelning och klarare struktur med mindre arbetsgrupper och tydligare rollfördelning. Sveriges äldreomsorg genomgår också ofta förändringar, vilket bidrar till att den organisationsstruktur som finns förändras om och om igen.

Den platta organisationen verkar inte alltid ge den fördel som man antagit. Vi har visat att ledarna har svårare att nå och påverka sin personal i de platta, svenska organisationerna samtidigt som organisationsengagemang inte nödvändigtvis är starkare i dessa organisationer än i mer hierarkiska, vilket man skulle ha kunnat tro. Faktum är att de hierarkiska organisationsstrukturer som präglar den spanska äldreomsorgen tycks ge bättre förutsättningar för både ett aktivt ledarskap och ett organisationsengagemang som leder till att personalen vill stanna kvar. Littler, Wiesner och Dunford (2003) visar, liksom vi, att plattare organisationer faktiskt kan leda till lägre organisationsengagemang. Möjligen bidrar den platta organisationen och delegationen som NPM förespråkar, till ett vidsträckt ansvar och till otydlighet i rollerna, vilket kan öka känslan av kontrollförlust. Det är dessutom väl belagt att just en känsla av låg kontroll bidrar till stress och ångest (se exempelvis Jensen m.fl. 2013), vilket i förlängningen kan ge upphov till långvarig sjukskrivning.

Sverige ligger i toppskiktet i EU när det gäller att förändra organisationer. Det tar tid att förändra arbetssätt. Det är lätt att ändra de hårda processerna, till exempel att öka antalet brukare per avdelning. Men de så kallade mjuka processerna, det vill säga beteendena och attityderna som krävs för att ta hand om de extra brukarna, kräver både förståelse och tid för att få fäste och bli en integrerad del i arbetssättet (Hanson 2004). Detta glöms alltför ofta bort, och när man inte ser de tänkta effekterna av förändringen snabbt nog kan det hända att man vill göra fler förändringar för att uppnå det förväntade resultatet. På det här sättet riskerar organisationens strukturer och stabilitet att rivas ner om och om igen, vilket bidrar till stress för medarbetarna.

## Hur kan äldreomsorgen komma vidare?

Den här rapporten har visat på brister i arbetsmiljön i den svenska äldreomsorgen och vilka konsekvenser dessa brister har för medarbetarna och i förlängningen för vårdkvaliteten. Eftersom kommunerna är ansvariga för äldreomsorgen finns det emellertid stora variationer inom landet och det finns många särskilda boenden och hemtjänst som fungerar bra. Men trots variationerna finns det vissa typiska strukturer som kännetecknar verksamheten och som skapar återkommande problem. I det här avsnittet lyfter vi fram några punkter utifrån de mest framträdande problemområden som vi har identifierat i rapporten.

Till att börja med tar vi upp organisationen och ledarskapet där det finns flera aspekter att beakta, inte minst när det gäller förutsättningarna för första linjens ledare. Den strategiska ledningen bör se till att det finns stabilitet i organisationen. Vi lyfter också fram vikten av arbetsmiljön och att komma till rätta med den obalans som finns mellan krav och resurser i arbetet. Här behövs ett samlat grepp för att hantera krav som hög arbetsbelastning med många korta besök hos brukare, otydliga roller, höga förväntningar på vad äldreomsorgen ska åstadkomma, brist på resurser i form av svagt ledarstöd, små utvecklingsmöjligheter och arbetstidernas förläggning. Till sist vill vi lyfta fram roller, status och utbildning som viktiga komponenter för att utveckla och stabilisera arbetet i äldreomsorgen.

Vi hoppas också att rapporten ökar förståelsen för att det inte är enstaka åtgärder som behövs. Exempelvis kan utbildning och utvecklingsarbeten inte ge önskade resultat när det finns en obalans mellan krav och resurser i verksamheten. Många faktorer hänger samman och det är viktigt att ledningen på den strategiska nivån har en klar och övergripande bild över vilka brister som finns i organisationen. Engagerade ledare med rimlig arbetsbelastning och personal som har möjlighet

att delta och påverka förändringar är mycket viktiga komponenter. Som vi har kunnat visa räcker dock detta inte alltid till när övriga arbetsförhållanden inte är i balans.

#### ORGANISATION OCH LEDARSKAP

Ledningen på den strategiska nivån i organisationen måste stödja äldreomsorgens arbetsprocesser, till exempel genom att ge förutsättningar för ett gott ledarskap. Detta kan betyda fler ledare och mindre arbetsgrupper, och därmed ett mindre kontrollspann som ger möjlighet till ett närvarande ledarskap. I det närvarande ledarskapet ges möjlighet till kommunikation och dialog, två centrala begrepp i all ledning och styrning. Delegeringen av ansvar måste förtydligas där den strategiska ledningen har det yttersta ansvaret för att skapa en god arbetsmiljö. Ledningen måste i sin tur kontinuerligt fortbilda sig om arbetsmiljö och dess konsekvenser för medarbetarna. Organisationsförändringar som påverkar stabiliteten måste, som i alla organisationer, föregås av noggranna risk- och konsekvensbedömningar och de negativa effekterna vara nogga genomtänkta innan omorganisationen genomförs – om förändringen alls behöver genomföras. De mest väsentliga organisationsförändringarna bör vara de som inriktas mot att bygga en organisation som förbättrar balansen mellan krav och resurser.

#### BALANS MELLAN KRAV OCH RESURSER

Grunden till en väl fungerande och hälsofrämjande arbetsmiljö är att det råder balans mellan krav och resurser. Sedan länge finns en obalans mellan arbetskraven och resurserna som inte har hanterats i svensk äldreomsorg. Det måste emellertid göras, inte minst för att få ner sjukskrivningstalen och klara rekryteringsbehoven. Det finns ingen annan väg att gå för att ha en god kvalitet i äldreomsorgen med en bra arbetsmiljö. Utan en i grunden god balans riskerar satsningar på kompetens, utbildning och utveckling att vara utan bestående värde. Det *måste* finnas en god jordmån, det vill säga en bra arbetsmiljö, att växa i.

Verksamheten är till för brukarna, men att sätta brukarna i centrum får inte ske på bekostnad av arbetsmiljön. Kvaliteten på vård och omsorg hänger samman med personalens arbetsmiljö och båda delarna måste vara i fokus. Ett sätt att åstadkomma detta är att ha mötet mellan den enskilde brukaren och personalen i centrum. Över tid har antalet personal som brukaren möter i genomsnitt ökat samtidigt som tiden för mötet ofta är kort, vilket inneburit att arbetsbelastningen ökat och blivit mer tidstyd. Både brukare och personal efterlyser kontinuitet och tid till mötet dem emellan för att kunna bygga relationer och trygghet. Mötet som kvalitetsmått borde vara äldreomsorgen viktigaste verktyg för att nå sina mål.



#### UTBILDNING OCH TYDLIGHET I YRKESROLLEN

Medarbetarnas arbetsbelastning behöver minska och rolltydligheten öka. Ett sätt kan vara att låta den vårdutbildade personalen ägna sig åt vård och omsorg och låta andra uppgifter som tvätt, städning och matlagning utföras av medarbetare utan vård- och omsorgsutbildning. Utbildad vårdpersonal inom äldreomsorgen ska i princip inte kunna ersättas med outbildad. Genom att låta endast vårdutbildad personal ge vård och omsorg skyddas yrket och blir mer brukarsäkert. Genom god grundutbildning och möjlighet till vidareutbildning, som har koppling till praktiken inom äldreomsorgen, byggs statusen vidare och man kan få till stånd en lärande organisation. En positiv bieffekt skulle bli en mer motståndskraftig organisation, eftersom lärande organisationer genom sin kompetens och anpassningsförmåga kan hantera förändringar i omvärlden på ett adekvat sätt.

---

## 7. Framtiden?

VAD LIGGER DÅ I FRAMTIDEN? Tillitsreformen<sup>14</sup>, som introducerades av regeringen i syfte att skapa effektivare offentliga verksamheter för att bättre kunna tillgodose medborgarnas behov, är enligt oss ett steg i rätt riktning. Avsikten med reformen är att utveckla styrningen av den offentliga förvaltningen genom att ta tillvara medarbetarnas kunskap och erfarenhet inom deras respektive yrken och expertområden. Därigenom vill man skapa förtroende genom hela organisationen och öka medarbetarnas kontroll. Tillitsbaserad styrning syftar till att minska detaljstyrningen och våga lita till professionernas kompetens.

Vi anser att reformen är ett på många vis positivt steg inom offentlig förvaltning. Genom att ha en så kallad verksamhetstjänande styrlogik med fokus på praktik och genomförande på den strategiska nivån, skapas tilltro mellan ledning och anställda inom sjukvården. Som Dellve (2018) visade leder detta till relevanta utvecklingsarbeten och engagemang hos personalen. I verksamheter kännetecknade av just en verksamhetstjänande styrlogik var också risken för utmattning lägre. Verksamheterna i Dellves studie styrdes av de processer som på operativ nivå rörde kvalitetsmått och brukarnöjdhet, medan processer som gällde arbetsmiljö kategoriserades som mindre viktiga. Vi menar emellertid att om man dessutom prioriterar kunskap om arbetsmiljöns påverkan på medarbetarna och tar med detta i styrningen, skulle en hälsofrämjande vård och omsorg kunna skapas, vilket skulle gynna både personal och brukare. Med tanke på äldreomsorgens arbetsmiljö och organisation som vi presenterat i rapporten är risken annars stor att ännu en god ambition inte får fäste.

Tillitsbaserad styrning har drag av de så kallade Theta-värderingarna som beskrevs i kapitel 2. Det innebär att fokus ligger på rättssäkerhet, legitimitet och tillit snarare än på de mest kostnadseffektiva resultaten. I dialog och genom kultur

14. År 2016 tillsattes Tillitsdelegationen med uppgift att studera och utveckla styrformer inom offentlig förvaltning. Den presenterade sitt betänkande under hösten 2019 efter att ha publicerat flera rapporter (till exempel SOU 2018:47; 2019:43). Efter att ha utbildat och utvärderat sex statliga myndigheter i tillitsstyrning anser Tillitsdelegationen att regeringen bör utveckla styrningen vidare för att ge även kommuner goda förutsättningar för att styra och leda sin verksamhet mer tillitsbaserat.

och värdegrund ska tilliten ökas i alla led – från politiker till tjänstemän till operativ nivå. I dagsläget har endast statliga myndigheter utbildats och utvärderats i tillsitsstyrning och resultaten har fallit väl ut. Handlingsutrymmet och flexibiliteten, två exempel på resurser på arbetet, har ökat, vilket har varit av godo för både medborgaren och medarbetaren. Tilläggs kan att även mer Lambda-betonade värderingar som handlar om en stabil och uthållig offentlig verksamhet har kommit upp i debatten om vård- och omsorgens styrning. Även här handlar det om att komma bort från eller tona ner det som Hood (1991) kallade Sigma-värderingar och kopplade samman med NPM och resultatstyrning.

Men hur skulle tillsitsreformen kunna få genomslag inom kommunal äldreomsorg? Vad innebär »tillit till professionen« när professionen nästan inte erkänns som ett yrke utan utbildad personal tillåts att ta hand om de äldre?<sup>15</sup> Vad innebär ett ökat handlingsutrymme när det idag inte finns några begränsningar utan personalen ska göra allt: tvätta, städa, mata, vårda, aktivera? Vad innebär mer delegering, när cheferna redan idag måste delegera uppgifter, eftersom de inte själva har tid att utföra dem då de har stora arbetsgrupper spridda på olika platser? Och hur ska man kunna styra genom kultur och värdegrund när ledare och medarbetare inte har möjlighet att lära känna varandra på grund av strukturer som bidrar till stora, spridda och tungt belastade grupper? De organisatoriska strukturer som äldreomsorgen vilar på är ingen god jordmån för kommunikation, vilket är basen för att bygga tillit till och förtroende för varandra.

Vi är övertygade om att tillit är viktig att uppnå i alla organisationer för att få en god arbetsmiljö som främjar både produktivitet, arbetstrivsel och hälsa. Men vi är också övertygade om att man bygger tillit på goda fundament, det vill säga stabila organisatoriska strukturer, och dessa anser vi inte finns i äldreomsorgen idag. Vi håller med Szebehely med flera (2017) som menar att det krävs allokering av mer resurser till äldreomsorgen, bättre arbetsscheman och en minskad belastning som ökar personalens handlingsutrymme och ger tid för stöd från kolleger och närmaste chef. Vi håller också med Corin och Björk (2017) om att fokus i offentlig förvaltning bör skiftas från medarbetare till organisation, att cheferna bör få mer administrativt stöd, att kommunikationen måste förbättras mellan operativ och strategisk nivå, att antalet medarbetare per chef behöver ses över samt att ojämlikheten mellan kvinnligt och manligt kodade verksamheter måste hanteras. Vi anser därför att det finns många aspekter som måste åtgärdas *innan* tillsitsreformen kan träda i kraft i hela den offentliga sektorn. Som krav-resursmodellen säger: varje arbetsplats har sina egna förutsättningar och åtgärder måste därför anpassas därefter. I stället för ständiga förändringar kan det vara dags att börja tala om stabilitet.

15. Yrkestiteln för undersköterskor ska komma att skyddas och ett förslag om utformning av övergångsregler är ute på remiss. DS 2020:15.

- ACRA (Associació Catalana de Recursos Assistencials)  
(2014) *Informe econòmic i social d'ACRA del sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya*.  
Barcelona: ACRA-ESADE.
- AFS 2015:4. *Organisatorisk och social arbetsmiljö*.  
Arbetsmiljöverkets föreskrifter.
- AIKEN, L., CLARKE, S. OCH SLONE, D. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook* 50, 187–194.
- ALLVIN, M., ARONSSON, G., HAGSTRÖM, T., JOHANSSON, G. OCH LUNDBERG, U. (2006) *Gränslöst arbete – Socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Malmö: Liber.
- AML (1991) *Arbetsmiljölagen*. Arbetsmiljöverket.
- ANGELIS, J. OCH JORDAHL, H. (2014) *Att styra och leda äldreomsorg – hur går det till och vad kan förbättras?*  
Stockholm: SNS Förlag.
- ANTAKI, C. (1994) *Explaining and arguing: The social organization of accounts*. London: Sage Publications.
- ARBETSMILJÖVERKET (2020) *Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019*. Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg.
- AUDENAERT, M., GEORGE, B., BAUWENS, R., DECUYPERE, A., DESCAMPS, A.-M., MUYLEAERT, J., MA, R. OCH DECRAMER, A. (2019) Empowering leadership, social support, and job crafting in public organizations: A multilevel study. *Public Personnel Management* 49 (3), 367–392.
- AYLWARD, S., STOLEE, P., KEAT, N. OCH JOHNCOX, V. (2003) Effectiveness of continuing education in long-term care: A literature review. *The Gerontologist* 43, 259–271.

- BAKKER, A. B. OCH DEMEROUTI, E. (2007) The job demands–resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology* 22 (3), 309–328.
- BAKKER, A. B. OCH DEMEROUTI, E. (2017) Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology* 22 (3), 273.
- BASS, B. M., AVOLIO, B. J., JUNG, D. I. OCH BERSON, Y. (2003) Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology* 88, 207–218.
- BJÖRK, L. (2013) *Contextualizing managerial work in local government organizations*. Akademisk avhandling i arbetsvetenskap, Göteborgs universitet.
- BJÖRK, L. OCH HÄRENTAM, A. (2016) Differences in organizational preconditions for managers in genderized municipal services. *Scandinavian Journal of Management* 32, 209–219.
- CHILD, J. (1984) *Organisation. A guide to problems and practice*. London: PCP Ltd.
- CORIN, L., BERNTSON, E. OCH HÄRENTAM, A. (2016) Job demands, job resources, and consequences for managerial sustainability in the public sector: A contextual approach. *Gothenburg Studies in Work Science No. 15*.
- CORIN, L. OCH BJÖRK, L. (2017) *Chefers organisatoriska förutsättningar i kommunerna*. Stockholm: SNS Förlag.
- CREGÅRD, A. OCH CORIN, L. (2019) Public sector managers: the decision to leave or remain in a job. *Human Resource Development International* 22 (2), 158–176.
- CZARNIAWSKA, B. OCH SOLLI, R. (2014) Hur gick det för New Public Management i svenska kommuner? *Organisation & Samhälle*, 2014/2.
- DELLVE, L. (2018) Tillitsskapande styrningspraktiker? En analys av styrningspraktiker i sjukvården genom nyckeltal. *Socialmedicinsk tidskrift* 3, 298–310.
- DEMEROUTI, E., BAKKER, A., NACHREINER F. OCH SCHAUFELI, W. (2001) The Job-demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology* 86 (3), 499–512.
- DEMEROUTI, E. (2014). Design your own job through job crafting. *European Psychologist* 19 (4), 237–247.
- DRAGANO, N. M.FL. (2017) Effort–Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease. *Epidemiology* (4), 619–626.
- DS 2020:15 *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser*. Remiss från Socialdepartementet. Diarienummer: S2020/05223/SOF.

- EDE, L. OCH RANTAKEISU, U. (2015) Gränslöst arbete? Flexibel arbetstid i äldreomsorgen. *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 21 (4), 54–68.
- EDEBALK, P.-G. (2018) *Den »nya äldreomsorgen«. Reträtt och prövningar 1994–2006*. Research Reports in Social Work, vol. 2018, nr 4. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- ELLSTRÖM, E. OCH B. EKHOLOM. (2001) *Lärande i omsorgsarbete—en studie av hemtjänsten som lärandemiljö*. CMTO, Research Monographs, No. 1, Linköpings universitet.
- EUROFOUND (2017) *Sixth European Working Conditions Survey – Overview Report* (2017 update). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EUROSTAT (2018) *Theme: General and regional statistics*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, Belgium.
- FALKENBERG, H., NÄSWALL, K., LINDFORS, P. OCH SVERKE, M. (2015) Working in the same sector, in the same organization and in the same occupation: similarities and differences between women and men physicians' work climate and health complaints. *Nordic Journal of Working Life Studies* 5 (4), 67–84.
- FJELDBRAATEN, E. M. (2010) *Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten* [Between ideals and practice: A case study of physicians and nurses meeting the reforms of the specialist health services]. Akademisk avhandling, Aalborg Universitet.
- FUNCK, E. OCH KARLSSON, T. (2020) Twenty-five years of studying new public management in public administration: Accomplishments and limitations. *Financial Accountability & Management* 36, 347–375.
- GANANN, R., WEERES, A., LAM, A., CHUNG, H. OCH VALAITIS, R. (2019) Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review. *Health and Social Care in the Community* 27, 604–621.
- GILLBERG, G. OCH DELLVE, L. (2019) *Mot en visare organisering av äldreomsorgen – rapport från ett följeforskningsprojekt*. Gothenburg Studies in Work Science 17. Göteborgs universitet.
- GOLDBERG, D. P., GATER, R., SARTORIUS, N., USTUN, T. B., PICCINELLI, M., GUREJE, O. OCH RUTTER, C. (1997) The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine* 27 (1), 191–197.
- HANNAN, S., NORMAN, I. J. OCH REDFERN, S.J. (2001) Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in Clinical Gerontology* 11, 189–203.

- HANSON, A. (2004) *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- HANSSON, A.-S., VINGÅRD, E., ARNETZ, B. OCH ANDERZÉN, I. (2008) Organizational change, health and sick-leave among health care employees: A longitudinal study measuring stress markers, individual, and work site factors. *Work & Stress* 22, 69–80.
- HARJU, L., KALTIAINEN, J. OCH HAKANEN J. (2021) The double-edged sword of job crafting: The effects of job crafting on changes in job demands and employee well-being. *Human Resource Management*. Early view on-line version. 13 januari 2021.
- HASSON, H. OCH ARNETZ, J. E. (2011) Care recipients' and family members' perceptions of quality of older people care: A comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1423–1435.
- HAUER, E. (2013) *Intervening with care: creating new infrastructures for learning and increasing quality of elder care*. Akademisk avhandling. Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- HAUER, E., WESTERBERG, K. OCH NORDLUND, A. (2017) Intervening with care – varying outcomes of a training and development programme in elderly care in Sweden. *Journal of Vocational Education & Training* 69 (4), 617–636.
- HIRDMAN, Y. (2008) *Med kluven tunga. LO och genusordningen*. Stockholm: Atlas.
- HOOD, C. (1991) A public management for all seasons? *Public Administration* 69, Spring, 3–19.
- HOM, P., GRIFFETH, R. OCH SELLARO, L. (1984) The validity of Mobley's (1977) model of employee turnover. *Organizational Behavior & Human Performance* 34 (2), 141–174.
- IMAS, Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (2020) *Los profesionales sanitarios frente a la Covid-19*. Madrid: IMAS.
- IMS (2009) *Personalutbildning i äldreomsorg – blir den till nytta för de äldre? En utvärdering av Kompetensstegen*. Stockholm: IMS, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, Socialstyrelsen.
- INDREGARD, A. M. R., KNARDAHL, S. OCH NIELSEN, M. B. (2017) Emotional dissonance and sickness absence: a prospective study of employees working with clients. *International archives of occupational and environmental health* 90 (1), 83–92.
- IVO (2020) *Tillsyn för smittspridning av covid-19*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/tillsyn/tillsyn-aldreomsorgen-covid-pandemin>.

- IVO (2021) *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- JENSEN, J. M., PATEL, P. C. OCH MESSERSMITH, J. G. (2013) High-performance work systems and job control: Consequences for anxiety, role overload, and turnover intentions. *Journal of Management*, 39 (6), 1699–1724.
- JOKSIMOVIC, L., STARKE, D., KNESEBECK, O. V. D. OCH SIEGRIST, J. (2002) Perceived work stress, overcommitment and self-reported musculoskeletal pain: A cross-sectional investigation. *International Journal of Behavioral Medicine* 9, 122–139.
- DE JONG T., WIEZER, N. OCH DE WEERD, M., NIELSEN, K., MATTILA-HOLAPPA, P. OCH MOCKAŁO, Z. (2016) The impact of restructuring on employee wellbeing: A systematic review of longitudinal studies. *Work & Stress* 30 (1), 91–114.
- JOSEPHSON, M., LINDBERG, P., VOSS, M., ALFREDSSON, L. OCH VINGÅRD, E. (2008). The same factors influence job turnover and long spells of sick leave – a 3-year follow-up of Swedish nurses. *European Journal of Public Health* 18 (4), 380–385.
- KARASEK, R. OCH THEORELL, T. (1990) *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, N.Y: Basic Books.
- KELLIHER, C. OCH PARRY, E. (2015) Change in healthcare: The impact on NHS managers. *Journal of Organizational Change Management* 28 (4), 591–602.
- KIVIMÄKI, M., NYBERG, S. T., BATTY, G. D., FRANSSON, E. I., HEIKKILÄ, K., ALFREDSSON, L., ... OCH IPD-WORK CONSORTIUM. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380 (9852), 1491–1497.
- KJERKHUS, L. OCH HAGEN, T. (2007) Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services Research and Policy* 12 (4), 230–235.
- KONZE, A.-K., RIVKIN, W. OCH SCHMIDT, K.-H. (2017) Is job control a double-edged sword? A cross-lagged panel study on the interplay of quantitative workload, emotional dissonance, and job control on emotional exhaustion. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14, 1608.
- KUBICEK, B., KORUNKA, C. OCH TEMENT, S. (2014) Too much job control? Two studies on curvilinear relations between job control and eldercare workers' well-being. *International Journal of Nursing Studies* 51, 1644–1653.



- LITTLER, C. R., WIESNER, R. OCH DUNFORD, R. (2003)  
The dynamics of delayering: Changing management structures in three countries. *Journal of Management Studies* 40 (2), 225–255.
- LJUNG, M. OCH IVARSSON WESTERBERG, A. (2017)  
*När målstyrning blev detaljstyrning – arbetsvillkor och administrativa rutiner i hemtjänsten*.  
Förvaltningsakademin, rapport nr 12, Södertörns högskola.
- LUNDGREN, D., ERNSTH BRAVELL, M., BÖRJESSON, U. OCH KÅREHOLT. I. (2018) The association between psychosocial work environment and satisfaction with old age care among care recipients. *Journal of Applied Gerontology* 39 (7), 785–794.
- LUNDMARK, R., NORDIN, M., ROMEO, M., YEPES-BALDÓ, M. OCH WESTERBERG, K. (2021) Cold wind of change: Associations between organizational change, turnover intention, overcommitment and quality of care among elderly care employees. *Nursing Open* 8 (1), 163–170.
- MADSEN, I. E., NYBERG, S. T., HANSON, L. M., FERRIE, J. E., AHOLA, K., ALFREDSSON, L., ... & IPD-WORK CONSORTIUM (2017) Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological medicine*, 47 (8), 1342–1356.
- MEAGHER, G., SZEBEHELY, M. OCH MEARS, J. (2016)  
How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden. *Work, employment and society* 30 (5), 731–749.
- NIELSEN, K., FREDSLUND, H., CHRISTENSEN, K. OCH ALBERTSEN, K. (2006) »Success or Failure? Interpreting and Understanding the Impact of Interventions in Four Similar Worksites«. *Work & Stress* 20 (3), 272–287.
- NORDIN, M., ROMEO, M., YEPES-BALDO, M. OCH WESTERBERG, K. (2018) Spanish and Swedish eldercare managers' influence on employees. *International Journal of Workplace Health Management* 11 (5) 294–304.
- OECD (2019) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing.
- OLSTAD, R., SEXTON, H. OCH SØGAARD, A. J. (2001)  
The Finnmark Study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36 (12), 582–589.
- POGHOSYAN L., CLARKE S., FINLAYSON M. & AIKEN L. (2010) Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing and Health* 33 (4), 288–298.

- ROMEO, M. YEPES, M. BERGER, R. GUÀRDIA OCH J. CASTRO, C. (2011) Identification-commitment inventory (ICI model): confirmatory factor analysis and construct validity. *Qualitative Quantitative* 45, 901–909.
- RYDENFÄLT, C., HOLGERSSON, C., ÖSTLUND, B., ARVIDSSON, I. JOHANSSON, G. OCH PERSSON, R. (2020) Picking low hanging fruit – A scoping review of work environment related interventions in the home care sector. *Home Health Care Service Quarterly* 39 (4), 223–237.
- SBU (2013) *Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); SBU-rapport nr 216.
- SBU (2014a) *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); SBU-rapport nr 223.
- SBU (2014b) *Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); SBU-rapport nr 227.
- SBU (2015). *Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); SBU-rapport nr 240.
- SCB (2014) Befolkningsstatistik. Arbetskraftsundersökningarna (AKU), <https://www.scb.se/statistikdatabasen>.
- SCB (2015) Befolkningsstatistik. Arbetskraftsundersökningarna (AKU) <https://www.scb.se/statistikdatabasen>.
- SCB (2020) Yrkesregistret med yrkesstatistik 2018. <https://www.scb.se/hitta-statistik/>.
- SIEGRIST, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology* 1 (1), 27.
- SIEGRIST, J., STARKE, D., CHANDOLA, T., GODIN, I., MARMOT, M., NIEDHAMMER, I. OCH PETER, R. (2004) The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58, 1483–1499.
- SKAKON, J., NIELSEN, K., BORG, V. OCH GUZMAN, J. (2010) Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress* 24 (2), 107–139.
- SKL (2009) *Nationella kvalitetsystem för äldreomsorg inom Europa – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- SKOVDAHL, K., FAHLSTRÖM, G., HORTTANA, B.-M., WINBLAD, B. OCH KIHLOGREN, M. (2008) Demanding behaviours and workload in elderly care in Sweden: occurrence at two time points within a decade. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22, 323–330.
- SKR (2019) *Personalen i välfärden – personalstatistik för kommuner och regioner*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR (2020) *Fakta om äldreomsorgen – I ljuset av coronapandemin*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SLEMP, G. OCH VELLA-BRODRICK, D. (2013) The job crafting questionnaire: A new scale to measure the extent to which employees engage in job crafting. *International journal of well-being* 3 (2), 126–146.
- SOCIALDEPARTEMENTET (2007) *Regeringsbeslut: Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer*, S2006/9173/ST, S2007/515/ST.
- SOCIALSTYRELSEN (1996) Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. *Äldreformen slutrapport 1996:2*.
- SOCIALSTYRELSEN (2014) *Fortbildning för undersköterskor och vårdbiträden i äldreomsorgen – en systematisk översikt om vetenskapligt stöd och effekter för äldre och personal*.
- SOCIALSTYRELSEN (2014) *Öppna jämförelser 2014 – vård och omsorg om äldre*. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting
- SOCIALSTYRELSEN (2019) *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport*.
- SOCIALSTYRELSEN (2020) *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport*.
- SOU 2017:21, *Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*. Statens offentliga utredningar.
- SOU 2018:47 *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*. Betänkande av Tillitsdelegationen. Statens offentliga utredningar.
- SOU 2019:43 *Med tillit följer bättre resultat – tillitsbaserad styrning och ledning i staten*. Betänkande av Tillitsdelegationen. Statens offentliga utredningar.
- SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande av Coronakommissionen. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- STOCK, R. M. (2015) Is boreout a threat to frontline employees' innovative work behavior? *Journal of Product Innovation Management* 32(4), 574–592.
- STRANDELL, R. (2020) Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 – 2015. *Health and Social Care in the Community* 28 (1), 137–147.

- STRANZ, A. OCH SZEBEHELY, M. (2018) Organizational trends impacting everyday realities: the case of Swedish eldercare. *The Routledge Handbook of Social Care Work around the World*. Redaktörer Christensen, K. och Pilling, D. Routledge förlag.
- SVERKE, M., FALKENBERG, H., KECKLUND, G., MAGNUSSON HANSSON, L. OCH LINDFORS, P. (2016) Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. *Arbetsmiljöverkets Kunskapssammanställning 2016:2*.
- SZEBEHELY, M. OCH MEAGHER, G. (2017) Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy* 28, (3) 294–308.
- SZEBEHELY, M., STRANZ, A. OCH STRANDELL, R. (2017) *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Arbetsrapport 2017:1*, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- SÖDERGREN, B., MOLIN, F., STÖLLMAN, Å., WALDENSTRÖM, K. OCH WINGÅRD, E. (2016) *Balanserad Kommunikation – en nyckel till produktivitet och hälsa?* Slutrapport AFA Försäkring.
- TENGBLAD, S., HÄLLSTEN, F., ACKERMAN, C. OCH VELTEN, J. (2007) *Medarbetarskap. Från ord till handling!* Malmö: Liber.
- TRYDEGÅRD, G.-B. (2012a) Vad hände med äldreomsorgen efter Ädel? Temanummer Omsorg i förändring – 20 år med Ädel. *Äldre i Centrum* 2/2012.
- TRYDEGÅRD, G.-B. (2012b) Care work in changing welfare states: Nordic care workers' experiences. *European Journal of Ageing* 9, 119–129.
- TRYDEGÅRD, G.-B. OCH THORSLUND, M. (2001) Inequality in the welfare state? Local variation in care of the elderly – the case of Sweden. *International Journal of Social Welfare* 10, 174–184.
- VAHTERA, J. OCH VIRTANEN, M. (2013) The health effects of major organizational changes. *Occupational Environmental Medicine* 70 (10), 677–678.
- WALLIN, L., POUSETTE, A. OCH DELLVE, L. (2014) Span of control and the significance for public sector managers' job demands: A multilevel study. *EID- Economic and Industrial Democracy* 35(3), 455–481.
- WESTERBERG, K. (1999) History and conflicting themes in a gender creating culture. *Mind, culture, and activity*, 8 (3), 231–249.
- WESTERBERG, K. (2010) *Kompetensstegen i Umeå. Utvärdering av KUM-kompetens och lärande i äldreomsorgen*. UFFE – utvecklings- och fältforskningsenheten, Socialtjänsten, Umeå kommun.

- WESTERBERG, K. OCH ARMELIUS, K. (2000) Municipal middle managers: psychosocial work environment in a gender based division of labour. *Scandinavian Journal of Management* 16 (2), 189–208.
- WESTERBERG, K. OCH HJELTE, J. (2013) The impact of elderly care competence and quality improvement programme in four Swedish municipalities. *Journal of Vocational Education & Training* 65 (3), 319–333.
- WESTERBERG, K., HJELTE, J. OCH JOSEFSSON, S. (2017) Understanding eldercare users' views on quality of care and strategies for dealing with problems in Swedish home help services. *Health and Social Care in the Community* 25(2), 621–629.
- WESTERBERG, K., PIENAAR, J., NORDIN, M., ROMEO, M. OCH YEPES-BALDÓ, M. (2018) Organizational change and commitment: Effects on well-being, turnover intent and quality of care in Spanish and Swedish eldercare. *EID–Economic and Industrial Democracy*, on-line first, 1–18.
- WESTERBERG, K. OCH TAFVELIN, S. (2014). The importance of leadership style and psychosocial work environment to staff-assessed quality of care: implications for home help services. *Health and Social Care in the Community* 22(5), 461–468.
- WESTGAARD, R. H. OCH WINKEL, J. (2011) Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems – A systematic review. *Applied Ergonomics* 42 (2), 261–269.
- VISION (2016) *Chefer i välfärdens tjänst – en forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvaliteten och hälsa*. Vision, september 2016.
- WONG, C., ELLIOT-MILLER, P., LASCHINGER, H., CUDDIHY, M., MEYER, R., KEATINGS, M., BURNETT, C. OCH SZUDY, N. (2015) Examining the relationships between span of control and manager job and unit performance outcomes. *Journal of Nursing Management* 23, 156–168.
- WREZESNIEWSKI, A. OCH DUTTON, J. E. (2001) Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their job. *Academy of Management Review* 26, 85–103.
- WÅNEL, S. E. (2015) *Statliga stimulansåtgärder för att främja kvaliteten i äldreomsorg*. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum – på uppdrag av utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen, S2015:03.
- YEPES-BALDÓ, M., ROMEO, M., WESTERBERG, K. OCH NORDIN, M. (2018) Job crafting, employee well-being, and quality of care. *Western Journal of Nursing Research* 40 (1), 52–66.

- ÅKERSTEDT, T., NORDIN, M., ALFREDSSON, L.,  
WESTERHOLM, P. OCH KECKLUND, G. (2012)  
Predicting changes in sleep complaints from baseline  
values and changes in work demands, work control, and  
work preoccupation—the WOLF-project. *Sleep Medicine* 13  
(1), 73–80.
- ÄLDREOMSORG I NORDEN, Rapport 2015; Nordens  
Välfärdscenter, Nordiska ministerrådets social- och  
hälsosektor.
- ØYGARDEN, O., OLSEN, E. OCH MIKKELSEN, A. (2020)  
Changing to improve? Organizational change and  
change oriented leadership in hospitals. *Journal of Health  
Organization Management*, 2020 augusti 25, »ahead-of-  
print«, 687–706.
- ÖZSUNGUR, F. (2020). The effects of boreout on stress,  
depression, and anxiety in the workplace. *Business &  
Management Studies: An International Journal* 8, 1391–  
1423.

## BILAGA I

Tabell 2. Deltagande kommuner i SEES-projektet, information om volymer i äldreomsorgen samt demografi.

Kommun (antal deltagare från varje kommun)	Kommunstorlek invånarantal (2014-2015)	Platser i boende över +65 år (2013/2014)	Hemtjänst över +65 år 2013/2014	Andel +85 år (ES) +80 år (SE)	Arbetslöshet procent (2015)
ES1 (32)	liten	4,6 %	Ingen information	3,0 %	13,8 %
ES2 (53)	medel	3,9 %	tillgänglig för kommuner.	3,2 %	18,9 %
ES3 (167)	medel	3,9 %	I Katalonien var täckningen i	2,3 %	14,9 %
ES4 (101)	medel	4,7 %	medeltal 4,89 procent (2013)	2,7 %	15,0 %
SE1 (26)	medel	4,9 %	8,6 %	7,9 %	10,8 %
SE2 (16)	stor	4,6 %	10,2 %	5,5 %	7,3 %
SE3 (39)	liten	2,7 %	6,6 %	10,3 %	9,1 %
SE4 (24)	stor	5,2 %	7,0 %	4,8 %	6,7 %
SE5 (13)	medel	4,6 %	6,8 %	7,8 %	10,8 %
SE6 (31)	liten	6,4 %	7,9 %	7,8 %	6,9 %
SE7 (18)	liten	5,4 %	8,9 %	7,5 %	7,0 %
SE8 (9)	medel	5,5 %	6,5 %	6,8 %	8,1 %
SE9 (122)	medel	5,0 %	7,1 %	6,8 %	7,1 %

Platser i boende i Spanien mäts som antal bäddar delat på befolkningen i kommunen som är 65+ (ACRA – Associació Catalana de Recursos Assistencials 2014). Motsvarande siffra för Sverige mäts som antal platser delat på befolkningen 65+ i kommunen (Socialstyrelsen- SoS 2014 and SCB-Statistik Sverige 2014). En kommun kom in ett år senare i projektet och där är de statistiska uppgifterna hämtade från SoS 2015 samt SCB 2017.

Kommunstorlek har definierats enligt följande: <10 000 liten, 10 000–50 000 medel, >50 000 stor.

## BILAGA 2

Tabell 3. Organisationsförändringar baserad på chefernas beskrivning och personalens upplevelse.

Kommun	Chefernas beskrivning av förändringar under det senaste året	Personalens upplevelse av påverkan det senaste året. medelvärde (standardavvikelse)
ES1	1. Inga förändringar	2,65 (1,2)
ES2	3. Omorganisering. Övergripande förändringar av scheman och grupporganisering	3,62 (1,2)
ES3	1. Inga förändringar	2,69 (1,4)
ES4	2. Vissa förändringar på mellanchefernivån	2,79 (1,5)
SE1	3. Omorganisering. Flytt av boende, nedskärningar, schemaförändringar	4,24 (1,0)
SE2	1. Inga förändringar	2,81 (1,6)
SE3	3. Omorganisering. Flytt av boende, övertagande av nattpatrull och boende för funktionshindrade, vakanser i bemanning	4,00 (1,3)
SE4	3. Omorganisering. Stora nedskärningar och schemaförändringar	4,10 (1,3)
SE5	3. Omorganisering. Förändrade geografiska områden och bemanning	4,69 (0,5)
SE6	2. Vissa förändringar. Personalen utökas med två heltider, en chefsposition ersätts med en administrativ assistent	3,71 (1,3)
SE7	2. Viss förändring. Personalen utökad med en heltid	3,88 (1,5)
SE8	3. Omorganisering. Erbjuder heltidstjänster vilket kräver förändringar i bemanning, scheman och flexibla arbetsplatser	4,00 (0,9)
SE9*	3. Omorganisering. Fler chefer anställdes och schemaförändringar genomfördes	4,00 (1,3)

1. Inga eller små förändringar utöver de som normalt pågår på en arbetsplats.
2. Några förändringar, som exempelvis omvandling av vikariat till fast tjänst eller förändringar på mellanchefernivå.
3. Omorganisering, som vi definierat förändringar som omfattar hela arbetsplatsen. Exempel på det var geografiska förändringar av arbetsdistrikt i hemtjänsten, fysisk flytt av verksamheter, övergripande förändringar av arbetsuppgifter eller arbetsschema, samt nedskärningar.

\* SE9 kom in ett år senare i projektet och ingick därför inte i studien »Organizational change and commitment: Effects on well-being, turnover intent and quality of care in Spanish and Swedish eldercare« (Westerberg m.fl. 2018).





ÄLDREOMSORGEN HAR UNDER de senaste trettio åren genomgått stora förändringar. Ädelreformen, 1990-talskrisen och introduktionen av marknadsorienterad styrning i offentlig sektor är tre tätt sammanflätade faktorer som haft betydelse för äldreomsorgens förutsättningar. Hur har förändringarna påverkat arbetsmiljön för medarbetare och ledare i äldreomsorgen? Vilka lärdomar kan dras från utvecklingen?

Författarna ger i rapporten en översikt av arbets- och organisationspsykologisk forskning om äldreomsorgens arbetsmiljö, organisering och ledarskap. De beskriver också hur förutsättningarna i svensk äldreomsorg skiljer sig från andra länder när det gäller ledarskap, organisationsstruktur och arbetsmiljö.

*Kristina Westerberg* är professor emerita i psykologi och *Maria Nordin* är docent i psykologi, båda vid Institutionen för psykologi, Umeå universitet.

ISBN 978-91-88637-63-5



9 789188 637635