

# Administration i hälso- och sjukvården

## - några organisationsteoretiska iakttagelser

**Anders Ivarsson Westerberg**

anders.ivarsson.westerberg@sh.se

Avdelningen för Offentlig förvaltning

Södertörns Högskola

Stockholm

**Daniel Castillo**

daniel.castillo@sh.se

Avdelningen för Offentlig förvaltning

Södertörns Högskola

Stockholm

## Innehåll

<b>1. Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Vad är administration?</b> .....	<b>4</b>
2.1. Sammanfattning .....	7
<b>3. Begrepp i litteraturen: Friktioner, administrativa burden, red tape, sludge och administrativt arbete</b> .....	<b>8</b>
3.1. Hur mäts administration? .....	10
3.2. Hur mycket administrerar vårdpersonalen? .....	11
3.3. Sammanfattning .....	13
<b>4. Vad består administrationen i hälso- och sjukvården av?</b> .....	<b>15</b>
4.1. Studier utifrån ett funktionsperspektiv .....	15
4.2. Forskningsläget - sammanfattning och slutsats.....	16
<b>5. Statlig och regional styrning och relationen till administrativt arbete i hälso- och sjukvården</b> <b>18</b>	
5.1. Styrning genom lagstiftning? .....	18
5.2. Tre starka idéer inom offentlig hälso- och sjukvård.....	19
5.3. Administrativ tillväxt genom organisatoriska tolkningsprocesser .....	20
5.4. Efterhandsstyrning som ytterligare källa till administrativt arbete .....	23
5.5. Administrativ överimplementering .....	24
5.6. Vilka är det som tolkar lagstiftningen? Fler organisationsprofessionella ställer fler krav .....	25
5.7. Sammanfattning – styrning, krav och tolkning .....	26
<b>6. Faktorer som driver respektive motverkar administration</b> .....	<b>28</b>
6.1. Arbetsprocesser som involverar administration – exemplet primärvården.....	28
6.2. Sju faktorer som driver administrativt arbete i hälso- och sjukvården .....	31
6.3. Vad motverkar (onödigt) administrativt arbete i hälso- och sjukvården? .....	34
<b>7. Statligt huvudmannskap och administration i hälso- och sjukvården</b> .....	<b>36</b>
<b>8. Referenser</b> .....	<b>38</b>

# 1. Inledning

Denna rapport är en underlagsrapport till Vårdansvarskommittén (S 2023:04). Syftet med underlagsrapporten är att ta fram ett kunskapsunderlag som kan användas i kommitténs arbete och analyser. Rapportens huvudsakliga fokus ska vara att undersöka vilka konsekvenser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan få gällande styrningen av, och administrationen i, hälso- och sjukvårdssystemet.

I kommitténs direktiv (dir. 2023:73) anges att "den administrativa bördan i hälso- och sjukvården behöver minska så att mer tid kan ägnas åt patientnära arbete och kärnverksamheten. De förslag som kommittén lämnar ska också säkerställa minskad detaljstyrning och administrativ börda". Kommittén ska också "lämna förslag på hur den statliga styrningen på ett ändamålsenligt sätt kan stärkas i de delar regionerna bibehåller huvudmannaskapet". Sett till detta behöver kommittén en underlagsrapport med följande innehåll:

- ❖ En definition av uttrycket administrativ börda i hälso- och sjukvården och vad som skiljer administrativ börda från nödvändig administration, samt en beskrivning av vilka arbetsuppgifter som administrativ börda kan bestå av och vilka professioner som berörs av detta.
- ❖ Har den administrativa bördan i hälso- och sjukvården förändrats över tid? Hur stor del av hälso- och sjukvårdspersonalens tid läggs på administrativa uppgifter idag jämfört med tidigare?
- ❖ Hur påverkar statlig och regional styrning den administrativa bördan och administrationen i hälso- och sjukvården?
- ❖ Vilka faktorer driver, respektive motverkar, administrativ börda och administration i hälso- och sjukvården?
- ❖ Om staten skulle ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, hur skulle det troligen påverka den administrativa bördan och administrationen i hälso- och sjukvården?

Rapporten bör utgå från, och ge en bild av, det aktuella forskningsläget när det gäller organisationsteori och styrning samt administrativ börda och av lärdomar från centralisering eller decentralisering av andra offentliga verksamheter. Om det saknas forskning för att besvara de olika delarna av uppdraget ska detta beskrivas. Föreliggande rapport kommer således att diskutera dessa frågor utifrån det aktuella forskningsläget.

## 2. Vad är administration?

Det är lätt att få intrycket att administrativt arbete är något förkastligt som tär på organisationens, och det offentliga resurser, och som snarare leder till dålig kvalitet, krångel och dålig arbetsmiljö. Administration har fått ett negativ stämpel som förknippas med avarterna av byråkratin. Följaktligen är det närmast förgivettaget att man genom att skära ned på administration i organisationer kan spara pengar, öka kvaliteten och öka effektiviteten i verksamheten.

Detta är ett felaktigt antagande, då administration är helt nödvändigt för att en organisation ska kunna fungera överhuvudtaget. En viss andel administration behövs alltid. Däremot kan administration vara mindre funktionellt om det blir överadministrerat, eller om det administrativa arbetet utförs på fel nivå av fel personer. Därför är det nödvändigt att nyansera och definiera vad administration är, och hur man kan se på begreppet och de aktiviteter som avses för att kunna föra en meningsfull diskussion om eventuell minskning eller förändring.

Det går att definiera administration såsom:

*Administration är allt skapande och all insamling, bearbetning, sammanställning och avrapportering av information till såväl interna som externa intressenter av olika slag (ägare, ledning, chefer, personal, intressegrupper, myndigheter, kunder, leverantörer, media, med flera) och syftar till att upprätthålla en kontinuerlig och samordnad verksamhet samt att försvara, motivera och förklara organisationen och dess verksamhet inåt och utåt.<sup>1</sup>*

Definitionen består av flera led. För det första handlar den om skapandet, insamlingen, bearbetningen och så vidare av information. Detta är centralt – information är som sagt administrationens arbetsmaterial. För det andra har informationen en eller flera mottagare, som kan vara interna eller externa. För det tredje betonas syftet med administrationen.

Det går också att dela upp administrationsbegreppet i tre olika typer: konstituerande, effektiviserande och legitimerande. Den mest grundläggande är den konstituerande administrationen som krävs för att en organisation skall uppstå överhuvudtaget. Den konstituerande administrationen har som funktion att upprätthålla och bibehålla organisationen. Det är de administrativa processerna samordning, arbetsfördelning och planering som bidrar till detta. Denna administrationstyp har ett direkt samband med de direkta arbetsprocesserna och förändras som resultat av förändring i den interna organiseringen eller verksamheten. Det är denna typ av administration som oftast står i fokus när man skall rationalisera i organisationen.

---

<sup>1</sup> Denna definition är en modifiering av definitionen i Forssell och Ivarsson Westerberg (2014).



Dessa tre typer har således olika grad av koppling till organisationens kärnprocesser, där den konstituerande är direkt nödvändig för att organisationen ska fungera, medan den legitimerande i teorin skulle kunna tas bort helt och hållet då den har en lös koppling till kärnverksamheten.

Inom hälso- och sjukvården är administration som är tätt kopplad till kärnverksamheten sådant som till exempel journalföring, medan planer för miljö eller jämställdhet har en lösare koppling till denna, men är i stället kopplad till organisationen och är exempel på den legitimerande typen. En uppdelning som kan göras är således *kärnverksamhetsrelaterad och organisationsrelaterad*. Likaså kan administrationen vara intern eller externt orienterad. Detta beskrivs i nedanstående fyrfältstabell med fyra slag av administration.

ADMINISTRATION	Internt orienterad	Externt orienterad
Kärnverksamhetsrelaterad	Ärendeadministration	Informationsadministration
Organisationsrelaterad	Strukturadministration	Prestationsadministration

*Ärendeadministration* är de administrativa aktiviteter som är relaterade till organisationens kärnverksamhet och dess avnämare. På en vårdcentral handlar detta om patientanknuten administration, såsom journalföring, utfärdande av remisser och intyg och beställning av provsvar.

*Strukturadministration* är i stället sådana administrativa aktiviteter som handlar om att stödja upprätthållandet av organisationens inre verksamhet. Sådana aktiviteter kan handla om möten av olika slag, till exempel samordningsmöten, teammöten och arbetsplatsträffar, men också planering i form av arbetsscheman och intern arbetsfördelning. Andra aktiviteter är att kontrollera resursflöden och säkerställa att organisationen fungerar stabilt. På exempelvis en vårdcentral rör det sig om bemanningsplanering, möten och beställning av förbrukningsmaterial.

*Informationsadministration* är sådana administrativa aktiviteter som riktar sig mot omgivningen och de externa krav som ställs i relation till *kärnverksamheten*. Det kan exempelvis handla om att upplysa allmänheten om organisationens kärnverksamhet, såsom öppettider, regler och typ av tjänster som tillhandahålls. Ofta görs detta via webbplats eller annonser. Informationsadministration kan också vara dokument som beskriver kärnverksamheten för huvudmän eller uppdragsgivare, till exempel verksamhetsberättelser. Det kan också handla om information som samlas in men som baseras på organisationens klienter. På en vårdcentral handlar detta om externa organisationers krav på att erhålla information om en specifik patient, exempelvis via läkarintyg eller om aggregerade data från en större patientgrupp avseende en viss sjukdom.

*Prestationsadministration* är i stället en typ av administration som uppstår som en konsekvens av externa krav som riktas mot *organisationen* och som syftar till att kontrollera kvalitet, prestation och systematiskt förbättringsarbete. Till viss del kan prestationsadministrationen kopplas till marknadsföring och varumärkesbyggande, och den har inte sällan sitt ursprung i en idé om

konkurrens med andra liknande verksamheter. Det kan också handla om krav på att organisationen ska upprätta olika typer av planer för till exempel miljö och jämställdhet. För den organisation som är föremål för denna typ av krav förstärks behovet av att beskriva verksamheten på ett fördelaktigt sätt gentemot de externa aktörerna, vilket kan ske i olika slags planer, rapporter och policydokument.

## 2.1. Sammanfattning

Administration är som synes ovan möjlig att resonera om teoretiskt på lite olika sätt. I den tidigare litteraturen finns ingen enhetlig definition av begreppet, utan har behandlats olika. Ibland har administration betecknad hela organisationen, medan det i andra fall använts för en del av densamma och betecknat "den administrativa överbyggnaden" och skilts från kärnverksamheten i organisationen. Ofta har administrationsbegreppet använts för att beteckna olika aktiviteter eller arbetsuppgifter, men det har räknats in olika saker och har kategoriserats på olika sätt.

Våra resonemang är försök att ringa in begreppet i dess olika delar och ursprung för att kunna analysera och teoretisera administration. Detta ger möjlighet att se såväl vad det innehåller och dess förklaringar och drivkrafter. Vi menar således att administration består av information som behandlas på olika sätt, med olika slags syften och riktas internt eller extern mot olika intressenter.

Administrationen kan delas upp i tre olika typer med olika slags koppling till organisatoriska processer, och vi kan i sin tur dela upp dem i fyra slag av administration.

### 3. Begrepp i litteraturen: Friktioner, administrative burden, red tape, sludge och administrativt arbete

Inom området administration finns det i den internationella litteraturen flera olika begrepp som används för att beskriva och delvis förklara hur och varför det uppstår "friktioner" inom eller i anslutning till organisationer. I första hand och till största del handlar det om offentliga organisationer. Dels är det friktioner som uppstår inom organisationerna, det vill säga relaterar till de offentliga organisationernas funktionssätt och effektivitet, dels är det friktioner i förhållandet mellan de offentliga organisationerna och de som har kontakt med dem – medborgarna. I forskningslitteraturen talas det om "red tape" för de interna hindren (Bozeman 1993) och "administrative burden" för de administrativa hinder som de offentliga organisationerna skapar för medborgare och företag (Moynihan mfl 2015, Heinrich 2016).

"Administrative burden", eller på svenska administrativ börda, handlar således om att det offentliga särskilt staten pådyvlar medborgarna regler och rutiner som upplevs krångliga, omständliga och till och med ibland onödiga. Tänk till exempel en förälder som ska ansöka om föräldraledighet, och möts av en snårig regelflora och omständliga blanketter, en småföretagare som ansöker om skattejämkning eller en person som ska ansöka om bygglov för att bygga ett nytt hus där långa handläggningstider och omfattande dokumentation krävs.

Inom detta begreppsfall talas det om att det uppstår kostnader för individerna i denna process. Det är lärlkostnader (learning) eller investeringar som krävs för att sätta sig in i regler och rutiner, lydnadskostnader (compliance) som innebär att individer får foga sig efter de krav som finns för att få tillgång till förmåner eller tjänster och det är psykologiska (psychological) kostnader som handlar om de upplevelser, särskilt de negativa, som förknippas med processen. Detta kan vara känslor och upplevelser i samband med avslag eller stigma (Moynihan mfl 2015). För att ge exempel på dessa slags kostnader kan man tänka sig att lärlkostnader kan finnas vid till exempel skattedeklaration, där det finns många regler och begrepp som en ovan deklarerant måste sätta sig in i. Särskilt om deklareranten har eget företag eller haft ovanliga ekonomiska händelser under året kan det behövas åtskillig tid och ansträngning för att förstå hur detta ska redovisas. Lydnadskostnader kan till exempel vara krav på att det ska bifogas olika slags dokument, ibland vidimerade och intygade, för en ansökan. Eller det kan vara rent fysiska: att behöva stå i kö eller boka tid hos en myndighet eller handläggare. De psykologiska kostnaderna kan vara upplevelsen att bli definierad som tillhörande en viss grupp: (arbetslös, utlandsfödd, dyslektiker, diabetiker) för att få tillgång till särskilda tjänster eller få ett visst stöd.

Det finns också en diskussion inom litteraturen om administrativ börda att dessa kostnader också utgör en tröskel eller hinder för medborgare att överhuvudtaget ansöka eller kontakta offentliga



organisationer, vilket i så fall bidrar till ojämlikhet i samhället. Det krävs en viss individuell kapacitet för att klara av kontakten med de offentliga systemen. En särskild sådan diskussion har rört personer som samtidigt har många olika svårigheter, till exempel multisjuka eller långtidsarbetslösa. Dessa personer har ofta kontakt med flera olika myndigheter och instanser, och för att få rätt hjälp och stöd måste de agera själva som samordnare mellan de offentliga organisationerna. För den som inte är kapabel till detta, på grund av till exempel sjukdom eller funktionsnedsättning krävs en lots eller annan samordnare för att navigera mellan myndigheter och regelverk.

När det gäller relationen mellan enskilda medborgare och offentlig sektor har mycket handlat om hur myndigheternas tjänster ska digitaliseras och göras tillgängliga för medborgarna. Här brukar Skatteverket ofta lyftas fram som en förebild, såväl när det gäller det allmänna tilltalet och de elektroniska tjänsterna.

Administrative burden har främst haft ursprung och förankring i den amerikanska forskningen om administration. Begreppet och anslaget handlar om hur den amerikanska staten (och offentliga sektorn) gör livet surt för de fria amerikanska medborgarna. Detta måste förstås i förhållande till den politiska kontexten där staten inte på samma sätt som till exempel i Sverige har legitimitet och är en självklar garant för välfärd och trygghet.

Ett annat begrepp som lanserats är "sludge", på svenska slam eller gegga som innebär allt det administrativa arbete som skapas av krångliga regler och procedurer (Sunstein 2021). Ett exempel som Sunstein ger är skattedeklarationsprocessen i USA som han menar är notoriskt betungande, och så onständig att alla som har rätt till skatteåterbäring inte får den. En beräkning är att USA:s offentliga sektor ställer administrativa krav som resulterar i motsvarande 11 miljarder timmars pappersarbete för medborgarna. Emellertid finns det också "positivt slam" då det kan krävas administrativa procedurer som garanterar säkerhet och kontroll som förhindrar bedrägerier eller misstag.

En annan aspekt på friktioner i offentliga organisationer är det som i den engelskspråkiga litteraturen kallas "red tape". Begreppet härrör från det röda band som slogs kring nya lagförslag i 1500-talets England och syftar på de krångligheter som lagarna ger upphov till inom de offentliga organisationerna – byråkratin. En organisation eller myndighet med mycket "red tape" är en sådan där regelfloran är ymnig och där reglerna i sig skapar omständlig byråkrati för tjänstemännen som arbetar i dem. Det finns ingen särskilt bra svensk översättning av begreppet. Röd tejp som översättning blir obegripligt i en svensk kontext. En av dem som utvecklat begreppet är Barry Bozeman som definierat red tape som:

*"Rules, regulations, and procedures that remain in force and entail a compliance burden for the organization but have no efficacy for the rules' functional object." (1993, p. 283).*

Red tape-forskningen har handlat om att försöka mäta mängden red tape i till exempel personaladministration, budgetering eller upphandling, eller chefers tid som de använder till att hantera regler (Chen & Williams 2007, DeHart-Davis & Pandey 2005). Fokus ligger på reglers administrativa konsekvenser och hur människor hanterar dessa. En uppdelning som görs är varifrån reglerna härstammar. Det handlar om att det rör sig om externa regler som kommer från överordnade politiska institutioner i form av lagar, och interna regler som utvecklas inuti organisationerna för att kontrollera och styra (Baldwin 1990).

I jämförelse med den svenska diskussionen om administration och administrativt arbete passar varken administrativ burden, sludge eller red tape särskilt bra in på de problem som avses i den svenska kontexten. Det talas om "administrativ börda", men då bortses helt från den nödvändiga delen av administration. Dessutom tenderar begreppet kopplas till individer som upplever att de belastas med administration. Översättningen till administrativ börda får således en annan betydelse som är mindre lämplig när man ska föra en konstruktiv diskussion, eftersom det enbart blir något negativt och en belastning. En mer nyanserad och utvecklad förståelse för begreppet och fenomenet administration bör ta utgångspunkt i en analys av ursprunget, syftet, problemet den ska lösa, uttrycket och effektiviteten av varje enskild arbetsuppgift.

### 3.1. Hur mäts administration?

Hur har man försökt mäta omfattningen av administration tidigare? I princip finns det två olika sätt att mäta administration som utgår från olika perspektiv – funktions- och processperspektivet. *Funktionsperspektivet* innebär att man ser organisationen som bestående av i huvudsak två delar, en administrativ del som leder och styr den andra delen som är produktionen. Då ser man administration som något som utförs av dem som innehar administrativa funktioner, det vill säga administratörer (ofta placerade på central nivå i organisationer). Administration betraktas i detta perspektiv som något relativt avgränsat och möjligt att fastställa, det tillhör själva funktionen. Typiskt är att man då mäter storleken på den kategori av anställda som tillhör administrationen.

Funktionsperspektivet har sitt ursprung i den s.k. A/P-forskningen (förhållandet mellan administration och produktion) som till stor del utfördes på 1960-talet. Den administrativa komponenten A relaterades till organisationens produktion P. Typiska studier inom denna genre är statistiska studier där man sökte samband mellan den administrativa komponenten och produktionen. Välkänd för många är *Parkinsons lag* som bygger på en sådan metod. Parkinson jämförde den brittiska marinens administrativa överbyggnad med flottstyrkan och konstaterade att administrationen ökat och flottan minskat under första halvan av 1900-talet. Ett annat sätt att mäta den administrativa förändringen ur ett funktionsperspektiv är att se hur olika yrkesgrupper förändras. Då betraktas administratörerna som en yrkesgrupp skild från dem som arbetar i produktionen.

Statsvetaren Jan-Erik Lane tillsammans med kolleger använde yrkesstatistik i en kartläggning av det administrativa arbetet i den offentliga sektorn. Studien visar att det administrativa arbetet inom offentlig sektor ökade och att det ökade snabbare inom den utåtriktade verksamheten (Lane et al. 1986, s. 45).

Problemet med funktionsperspektivet är att man då inte fångar det administrativa arbete som utförs av dem som är anställda i kärnverksamheten (produktionen). Mot bakgrund av den senare tidens debattartiklar och diskussioner är det kärnverksamhetens anställda som får utföra administrativa arbetsuppgifter, och får allt mindre tid att ägna sig åt till exempel patientarbete, undervisning eller omsorgsarbete.

Sådant arbete fångas in i mätningar utifrån det andra perspektivet, *processperspektivet*, som innebär att man ser administration som ett slags arbetsuppgifter utan formell hierarkisk gräns. De kan utföras på olika nivåer av olika kategorier av anställda, det är ett inslag i själva arbetsprocessen. Inom processperspektivet försöker man se till vilka arbetsuppgifter som faktiskt utförs. Grundidén är att administrativt arbete och produktion är sammantvinnade med varandra och att anställda i organisationer utför båda saker. Därför måste arbetsuppgifter kartläggas och mätas utifrån hur de anställda använder sin arbetstid, ofta genom observationer av arbetet. Denna typ av studier har en längre historia i form av tidsstudier av arbete.<sup>2</sup> I Sverige var tidsstudier vanliga främst inom industrin åtminstone fram till 1960-talet (men förekommer fortfarande). Typiska sätt att mäta administration ur detta perspektiv är att studera och kartlägga arbetsuppgifter, och sätta någon siffra på dess tid, kostnad eller andel i förhållande till kärnverksamheten. Tidsanvändningsstudier i "modern tid" har genomförts på olika håll inom hälso- och sjukvården där man bland annat undersökt läkares, sjuksköterskors, barnmorskors och diabetessköterskors arbetstidsanvändning.

### 3.2. Hur mycket administrerar vårdpersonalen?

Inför denna rapport genomfördes en omfattande litteraturgenomgång av tidigare gjorda studier av administrativt arbete inom hälso- och sjukvården. Sökningarna skedde i databaserna Google Scholar och PubMed, liksom genom fritextsökning på Internet. Söktermer som användes var "administration" i kombination med "health care", "workload", "Time studies", "administrative work" "work time" mfl. Efter gallring valdes 100 studier ut som på olika sätt diskuterade administrativt arbete i hälso- och sjukvården. Studierna var spridda över tiden från början av 2000-talet fram till 2024, och var genomförda i olika länder, med några jämförande studier.

---

<sup>2</sup> Studier av tidsanvändning brukar, inte helt riktigt, hänföras till Frederick Taylor och hans "Scientific Management" som gick ut på att med vetenskapliga metoder kartlägga utförandet av arbetsmoment för att i nästa steg effektivisera dessa enligt det mest optimala och rationella tillvägagångssättet. På detta vis skulle organisationer kunna fungera bättre och effektivare.

De allra flesta studier har genomförts med läkare som studieobjekt. Av de 100 artiklarna har 60 studerat läkares arbetstid. I några fall har det specificerats att det handlar om kirurger eller primärvårdsläkare, men i de flesta fall är det allmänläkare som studerats. Sju studier har studerat sjuksköterskors arbetstid, medan primärvårdspersonal i allmänhet har studerats och redovisats i 11 artiklar. I övrigt har artiklarna/studierna handlat om vårdkostnader kontra administrativa kostnader, psykiatriker eller kuratorer. 10 artiklar är litteraturstudier och översikter av andra studier på området.

Arbetstidsstudierna är oftast genomförda med en kombination av någon form av observation och tidtagning alternativt självregistrering, som dessutom kompletterats med intervjuer. Tekniken för tidregistrering varierar från att ha blanketter med förbestämda kategorier till att ha klockor som bärs på armen och som larmar när tiden ska registreras. En del av studierna är enkätstudier där deltagarna själva fått uppge tidsåtgång, och därför är mer osäkra.

Bland de 100 studierna finns det i princip ingen som definierar begreppet administration. Det vanligaste sättet är att på förhand ange ett antal kategorier eller teman som anses vara administration. I vissa studier räknas möten in, i andra går detta utanför. I somliga studier är kommunikation en administrativ aktivitet. Det finns ingen studie som har någon mer sammanhängande förklaring eller teoretisk idé om varför administrationen ökar. Ökning av administration är i många studier en utgångspunkt och motiverar varför studien görs. I några studier anges ökande komplexitet och fragmentisering som orsak till administrativt arbete.

Det finns några teman i studierna som är kopplade till administration. Dels handlar flera av studierna om införande och användning av digitala verktyg, och kallas EHR, Electronic Health Records (elektronisk journalhantering). Många av dessa studier undersöker tidsåtgång för användande av EHR. En konsensus i dessa studier är att EHR tar mycket tid och att de inte underlättar eller bidrar till mindre administration, utan snarare tvärtom. Ett annat tema är att administration kan leda till risk för utbrändhet. Det finns ett antal studier som identifierar administration som orsak till stress och risk för utbrändhet framför allt bland läkare.

De flesta tidsstudier har fördelningen av arbetstiden som resultat, där direkt patientarbete ställs emot indirekt patientarbete och olika kategorier av administration. Det är svårt att ge ett sammandrag av dessa resultat då de beror på kategorisering av administration, mätmetoder, klassificeringar, sjukvårdssystem, organisatorisk hemvist, personalkategori etc. Men de flesta studier talar om minskande direkt patienttid och ökad administration. Andelen administration för läkare ligger mellan ca 30–50 procent av arbetstiden, och är till och med högre för andra personalkategorier. Nedan följer ett litet urval av studierna som exempel på hur dessa redovisas.

I en amerikansk studie från 2005 konstaterades att läkares tid som ägnades åt "öga-mot-öga" möten med patienterna hade minskat när jämförelsen gjordes med hur det var 2003. För läkaren

ledde det till en mycket otillfredsställande arbetssituation, vilket var negativt för både patienterna och läkaren (Gottschalk, A. och Flock, S. 2005). I en studie från Norge 2006 som undersökte sjuksköterskors arbetstid fastslås att mycket tid används till annat än direkt patientarbete (Ekeren et al. 2006). En faktor som har visat sig kunna bidra till att arbetet upplevs som stressat och splittrat är ineffektiva datasystem. Detta kan också ha negativ inverkan på patientsäkerheten, vilket även beskrivs i en studie genomförd i USA (Mamykina et al. 2012). I en litteraturgenomgång genomförd i USA 2005 fann man att elektronisk journalföring sannolikt inte gör att tiden utnyttjas bättre av sjuksköterskor och läkare (Poissant et al. 2005). När det gäller direkta tidsstudier observerade Westbrook och kollegor 19 läkare i totalt 150 timmar. Två tredjedelar av tiden användes till vad som i studien kallas professionell kommunikation, sociala aktiviteter och indirekt vård. Endast 17 procent användes till direkt vård. En intressant slutsats var att en del arbetsuppgifter utfördes samtidigt – så kallad multitasking (Westbrook et al. 2008).

En tysk forskargrupp studerade kirurger på fyra storstadssjukhus, man genomförde sammanlagt 567 timmars "skuggning". Studien visade att kirurgerna använde drygt 2 av 9,26 timmar (22 procent) till dokumentation och administration, 1,47 (16 procent) timmar till operation, 1,44 (15 procent) timmar till intern kommunikation och 48 minuter till ronder. Olika arbetsuppgifter överlappade varandra till 16 procent (Mache m.fl 2009a). Samma forskargrupp studerade på samma sätt barnläkare. Den studien omfattade 697 arbetstimmar. Här blev resultatet att 30 procent användes till möten, 18 procent till dokumentation, 13 procent till indirekt vård och endast 4 procent lades på direkt vård. Överlappande arbetsuppgifter, det vill säga "multitasking", företogs till ungefär 18 procent. En annan observation var att barnläkarna avbröts i sitt arbete 24 gånger om dagen, eller ungefär var 15:e minut (Mache et al. 2009b).

I en annan studie observerade forskare nio danska akutläkare genom en så kallad "worksampling method". Totalt observerades i 137 timmar. Resultatet blev även här cirka 25 procent i direkt patientvård, 6 procent indirekt vård, 31 procent dokumentation och 24 procent kommunikation. Forskarna menade att det är IT-system och administrativa system som påverkar omfördelningen av tiden, och föreslog förenkling av dessa system (Füchtbacher et al. 2013).

### 3.3. Sammanfattning

Sammanfattningsvis gäller för både forskningsstudier och andra undersökningar att mätproblematiken är avsevärd. För det första finns det ingen vedertaget accepterad definition av begreppet administration, vilket gör att mätningarna skiljer sig åt. För det andra är undersökningsmetoderna inte standardiserade. Detta innebär att jämförbarheten mellan olika studier är dålig. Det är helt enkelt svårt att uttala sig om administrationen ökar, minskar eller befinner sig på status quo. En förklaring till detta kan vara att administrativt arbete har en sådan karaktär att det är

genuint svår mätbart. Aili och Brante använder tre begrepp för att beskriva det administrativa arbetets karaktär utifrån studier av lärares arbete: intermittent, parallellt och invasivt. Det vill säga att administrativt arbete ständigt avbryts och återupptas (intermittent), att det pågår samtidigt som andra arbetsuppgifter (parallellt) samt att det finns inuti andra arbetsuppgifter (invasivt) (Aili och Brante 2006). De internationella studierna talar om multitasking och avbrott i arbetet, vilket motsvarar Aili och Brantes begrepp parallellt och intermittent. Denna karaktär på det administrativa arbetet kan innebära att mängden underskattas. I de refererade studierna ovan kunde man se att arbetsuppgifterna överlappade varandra till ungefär 20 procent. Detta innebär att en åttatimmars arbetsdag i praktiken innehåller arbete som motsvarar närmare tio timmar.

## 4. Vad består administrationen i hälso- och sjukvården av?

Studier som kartlagt arbetstiden för läkare och sjuksköterskor har sällan eller aldrig någon utförlig teoretiskt grundad definition av administration. Det vanliga i dessa studier är att räkna upp och kategorisera ett antal aktiviteter. Lärdomen från litteraturgenomgången är att det saknas standardisering och enhetlighet i dessa aktiviteter och uppräknings. Vad som kallas administration i en studie skiljer sig åt från en annan.

En förhoppning som ofta kommer upp i diskussionen om att minska administration i hälso- och sjukvården (även i andra sektorer) är ökad digitalisering. Digitalisering och AI antas effektivisera arbetet, och underlätta administrerandet. I litteraturgenomgången identifierades ett antal studier och översikter som studerat digitala verktygs påverkan på det administrativa arbetet. Även om alla studier inte är samstämmiga visar de flesta av dessa att det inte finns någon enkel koppling mellan införande av digitala lösningar och minskad administration, utan snarare tvärtom. Ett antal studier visar att mängden information ökar, att komplexiteten blir större och att den kognitiva förmågan hos användarna är begränsad. Detta innebär att digitaliseringen många gånger kan ha helt motsatt effekt.

### 4.1. Studier utifrån ett funktionsperspektiv

De ovanstående redovisade studierna har genomförts utifrån ett processperspektiv. Det finns också ett antal studier som i stället utgår ifrån hur stor andel som arbetar som administratörer och byråkrater, det vi kallade ett funktionsperspektiv. Några studier beräknas kostnader för administration och jämför dem mellan sjukvårdssystem och länder.

En undersökning av antalet och andelen administratörer genomfördes av tidningen Vårdfokus 2018. Tidningen undersökte hur administrationen hade förändrats inom vården mellan 2010 och 2017. Undersökningen visade att antalet handläggare/administratörer (utom sådana som var anställda direkt i vården) hade ökat under perioden från cirka 15 000 till knappt 21 000, en ökning med cirka 40 procent. Dessutom hade antalet anställda i ledningspositioner ökat från 7 820 till 10 446, en ökning med cirka 33 procent. Den personalstyrka som är sysselsatt inom kärnverksamheten (läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker) hade under samma period ökat med drygt 5 procent.

Vårdfokus följde upp studien tre år senare. De såg att antalet anställda läkare och undersköterskor hade blivit fler inom samtliga områden. Totalt sett handlade det om en ökning på 27 respektive 17 procent mellan 2010 och 2020. Men gruppen administration, där ledningspersonal, handläggare och administratörer ingår hade ökat ännu mer, 12 472 fler anställningar, en ökning med 49 procent.

I en studie från början av 2000-talet visar forskare att den administrativa personalen i den amerikanska sjukvården växte från 18-27 procent mellan 1969-1999 (Woolhandler mfl 2003).

En rapport från Timbro, "byråkratexplosionen", är exempel på en liknande undersökning (Kreicberg 2009). I den menade man att kommuner och landsting (i dag regioner) anställde allt fler administratörer eftersom de kompenserade minskade behov av lärare och vårdpersonal, för att på så sätt bibehålla sin samlade sysselsättningsnivå. Rapporten visade att kategorin "administratörer inom offentlig förvaltning" hade ökat med 29 procent mellan 2001–2007, och att de så kallade välfärdsarbetarna i många regioner hade ökat mindre eller till och med minskat under samma period.

Patrik Hall med forskargrupp har studerat det de kallar byråkratisering i offentlig sektor, och kallar gruppen som arbetar med administration för organisationsprofessionella (till exempel HR, ekonomer, kommunikatörer etc) till skillnad från yrkesprofessionella (läkare, sjuksköterskor etc). Enligt Alamaa mfl (2024) hade de organisationsprofessionella ökat med 29 procent i den offentliga sektorn jämfört med 9 procent ökning för de yrkesprofessionella.

En typ av forskning har också handlat om övergripande administrativa kostnader för sjukvårdssystem. Amerikanska forskare har till exempel visat att USA har mer administrativ personal och högre kostnader än andra länder. Ofta jämförs med Kanada som har hälften så stora kostnader. Deras förklaring till varför kostnaderna ökar är att sjukvården i USA är svår att standardisera och att komplexiteten är hög (Cutler & Ly 2011). En anledning till detta är också att systemen skiljer sig åt i sjukförsäkringshänseende, där USA:s modell ökar komplexiteten och de administrativa transaktionskostnaderna.

#### 4.2. Forskningsläget - sammanfattning och slutsats

Läggs studierna från den svenska hälso- och sjukvården bredvid varandra och samtidigt jämförs med studier som finns från andra områden/sektorer och andra länder blir den sammantagna bilden att det med stor sannolikhet är så att det administrativa arbetet ökar, och har gjort så sedan ungefär 1990-talets början. Men det är svårt att ange något kvantitativt mått på förändringen. En bedömning som baseras på existerande mätningar och studier är att andelen administration kan utgöra en tredjedel eller mer av arbetstiden. De administrativa arbetsuppgifterna består till stor del av dokumentation, möten och kommunikation. Men variationen är stor beroende på vilken personal- eller yrkesgrupp eller vilken klinik/enhet som avses. Sammanfattningsvis är den ökande administrationen något som är en realitet inom den svenska hälso- och sjukvården. Nedan följer några sammanfattande punkter om administrationsbegreppet och dess omfattning:

- Det existerar ingen etablerad och entydig definition av begreppet administration.
- Ett sätt att resonera om administration är att det handlar om information som skapas och förmedlas.



- Det finns i huvudsak två sätt att mäta administration – genom sysselsättningsstatistik samt genom att genomföra tidsmättningsstudier av arbete.
- Administration är genuint svårt att mäta, på grund av oenhetlig definition av begreppet samt studier som inte är jämförbara med varandra.
- Såväl svenska som internationella studier visar att läkare och sjuksköterskor använder mellan 30–50 procent av arbetstiden åt administration.

## 5. Statlig och regional styrning och relationen till administrativt arbete i hälso- och sjukvården

### 5.1. Styrning genom lagstiftning?

Ansvar för svensk hälso- och sjukvård är fördelat på ett flertal olika aktörer på statlig, regional och lokal nivå. Hälso- och sjukvården styrs övergripande genom så kallad skyldighetslagstiftning som tar fasta på vårdgivare och -personalens skyldigheter, och de huvudsakliga lagarna är hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Patientlagen (PL), Patientdatalagen (PDL), Patientsäkerhetslagen (PSL) samt viss speciallagstiftning<sup>3</sup>. I HSL (7 kap) finns i övrigt påbudet om vårdval utifrån lagen om valfrihetssystem, LOV, inskriven. Dock bestäms det mesta av rutinerna i hög grad på regionnivå, när det gäller primärvården.

På den statliga nivån finner vi också styrande myndigheter som Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), med flera (SKR, 2024). Dessa myndigheter har olika styrmedel att tillgå för hälso- och sjukvården, men där föreskrifter och riktlinjer utgör de viktigaste. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS eller från den 1 juli 2015 HSLF-FS) innehåller preciseringar av skyldigheterna i bland annat HSL, PDL och PSL. Socialstyrelsen utfärdar även nationella riktlinjer. Föreskrifterna kan ses som ett viktigt ”mellansteg” i styrningen av vården där det sker preciseringar av de ofta ganska allmänt och kort hållna formuleringarna i lagtexten. IVO:s roll i förhållande till hälso- och sjukvård är styrning i form av tillsyn och tillståndsgivning, och det är främst patientsäkerhetslagen som huvudsakligen styr myndighetens tillsyn inom sjukvården. Mycket av den löpande granskningen är dokumentbaserad men det förekommer även inspektioner/platsbesök. På regional nivå utgör, bortsett från den nationella lagstiftningen, regionernas finansiella kapacitet och ekonomiska beslut grunden för hur hälso- och sjukvården styrs. Den regionala styrningen avser sådant som omfattning och dimension av hälso- och sjukvården, hur den organiseras, hur bemanningen ska se ut samt, i förekommande fall, hur privata utförare av hälso- och sjukvården ersätts (SKR, 2024).

I det här avsnittet ska den statliga och regionala styrningen diskuteras i relation till utvecklingen av administrativt arbete i hälso- och sjukvården. För att ge en ram runt denna diskussion inleder vi med att beskriva tre starka idéer som varit rådande inom hälso- och sjukvården och inom den offentliga

---

<sup>3</sup> Exempelvis; Lag om bidrag för glasögon till vissa barn och unga (Lag 2016:36); Lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (Lag 2017:209); Lag om försäkringsmedicinska utredningar (Lag 2018:744); Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (Lag 2019:1297); Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (Lag 2008:344); Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (Lag 2013:407).

sektorn i stort. Dessa tre idéer kan på flera sätt kopplas till paradigmet New Public Management och handlar om management, marknad och kvalitet (Ivarsson Westerberg et al. 2021) I kontrast till den inledande presentationen av den direkta, formella och regelbaserade styrningen av hälso- och sjukvården framträder här en bild som tydligare fångar innehållet i styrningen och vad den ger upphov till i form av administrativt arbete.

## 5.2. Tre starka idéer inom offentlig hälso- och sjukvård

För det första är den moderna styrningen av hälso- och sjukvården inspirerad av *managementidéer*. Managementfrågorna handlar om hur man på bästa (mest effektiva) sätt styr och leder den offentliga förvaltningen inom ramen för det rådande systemet. Managementidéerna har en lång och obruten tradition i den svenska staten. De nya ingredienserna i managementtänkandet är vurmen för ledarskap, betoning på mål och resultat samt att ekonomi utgör en viktig grund för styrningen. Denna typ av styrning bygger på allmänna antaganden om rationella ideal för hur organisationer styrs på lämpligast sätt. Det är dock inte belagt inom forskningen att dessa styrideal på något sätt faktiskt genererar den effektivitet som de strävar efter. Paradoxalt nog är själva uppdraget att närmare belysa administrativ börda i hälso- och sjukvården en indikator på att dessa styrmodeller riskerar att ge oförutsedda konsekvenser i form av (ineffektiv) betungande administration på lokal nivå i verksamheten.

För det andra är en stark styrande idé i hälso- och sjukvården baserad på *marknaden* som idealtyp. Grundidén handlar om att överföra den traditionella byråkratiska logiken inom hälso- och sjukvården till ett i grunden annat system med en annan grundläggande logik för organiseringen, nämligen marknaden. På en marknad finner vi idéer om valfrihet, konkurrens och köpare och säljare. När det gäller marknadsidén tar den sig uttryck i upprättandet av kontraktsrelationer mellan olika enheter inom organisationerna såväl som mellan de offentliga organisationerna och privata entreprenörer. Marknadsutbyten ska ske både inom och mellan organisationerna. Köp-säljmodeller, beställar-utförarmodeller och prestationsbaserade ersättningsmodeller är alla exempel på en sådan idé.

Den tredje idén utgörs av en *stark tro på förbättringar* inom vården. Detta går ofta under begreppet kvalitetsutveckling, som i sig kan sägas vara ett slags managementidé. Men förbättringar inom vården handlar också om att man utifrån systematiska jämförelser och med vetenskapliga studier som grund kan komma fram till de bästa metoderna och behandlingarna, både när det gäller medicinska och organisatoriska aspekter. Denna evidenstanke har sin grund i en naturvetenskaplig kunskapssyn, där kausalitet, mål-medel och instrumentell rationalitet är viktiga ingredienser.

En konsekvens av att idéerna om management, marknad och kvalitetsutveckling fått stabilt fäste i hälso- och sjukvårdens organisationer är att styrningen av verksamheterna ökar i och med fler krav ställs och betoningen på mätbara resultat, måluppfyllelse, tillsyn och granskning och

statistikinsamling ökar. Detta är särskilt tydligt i en tidigare studie om administrativt arbete inom primärvården (Ivarsson Westerberg et al 2021).

En fråga som behöver utredas är emellertid på vilka sätt olika krav, med ursprung i dessa tre starka idéer om management, marknad och kvalitetsutveckling, inverkar på det administrativa arbetet inom hälso- och sjukvården i praktiken. En del av resonemanget handlar om att den administrativa tillväxt som har observerats inte alltid är ett utslag av direkta statliga krav och direkt styrning. Lagstiftningen inom hälso- och sjukvården är relativt avskalad och övergripande, med låg detaljnivå och svag konkretisering. Ett exempel på detta är skrivningen i hälso- och sjukvårdslagstiftningen om användningen av kvalitetssystem, där det står att kvaliteten i verksamheten ska utvecklas och säkras systematiskt och fortlöpande, utan att fler detaljer anges kring hur och när detta ska ske. I tidigare studier av primärvården (Ivarsson Westerberg et al 2021) är det tydligt att detta skapar ett utrymme för tolkningar på flera nivåer av de aktörer som är inblandade. En av förklaringarna till hur statlig och regional styrning påverkar tillväxten av administrativt arbete i hälso- och sjukvården menar vi har sin grund i detta tolkningsutrymme och den tolkningsprocess detta utrymme ger upphov till.

### 5.3. Administrativ tillväxt genom organisatoriska tolkningsprocesser

De styrande myndigheter som nämnts ovan uttolkar lagstiftningen och lagstiftarens intention, och resultatet av detta kan observeras i de råd, föreskrifter och riktlinjer som myndigheterna utfärdar. Dessa typer av dokument är normalt sett mycket omfattande och beskriver i detalj hur exempelvis processen med kvalitetssystem i primärvården ska utformas på regions- och enhetsnivå. Socialstyrelsen, som är den myndighet som är den mest centrala aktören på hälso- och sjukvårdsområdet, utfärdar ett mycket stort antal föreskrifter och allmänna råd. Exempelvis innehåller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS eller från den 1 juli 2015 HSLF-FS) preciseringar av skyldigheterna i bland annat HSL, PDL och PSL. Socialstyrelsen utfärdar även nationella riktlinjer. Att gå igenom samtliga föreskrifter och allmänna råd har naturligtvis inte varit möjligt inom ramen för denna rapport. För att exemplifiera hur myndigheter tolkar lagstiftning och hur de sedan konstruerar styrning utifrån dessa, har vi närmare granskat föreskrifter som berör kvalitetssystem som enligt våra bedömningar kan ge upphov till administrativt arbete i regionerna och på lokal nivå. Föreskrifterna på detta område heter "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9), och är av särskild vikt för administrativa rutiner inom vården. De avser utveckling och säkerställande av kvalitet i vården men ska också tillämpas på patientsäkerhetsarbetet (1 kap 1 § 2 §). Riktlinjerna är relativt allmänt hållna men stipulerar att det är varje vårdgivares ansvar att utveckla ett ledningssystem (kap 3) och att anpassa detta för verksamheten (Kap 4). Centralt är att beskriva och precisera rutiner och processer för att kunna sätta upp kriterier för hur kvalitet ska nås. Detta ska göras detaljerat ned på aktiviteter (4 kap 4 §):

*4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.*

Det kapitel som kan ge upphov till flera administrativa processer är 5 kap om "systematiskt förbättringsarbete. Dess 1 § behandlar riskanalys:

*1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS*

- 1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och*
- 2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.*

Egenkontroll är således ett potentiellt stort område där administrativa processer kan utvecklas och växa. Egenkontrollen ska göras "med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet" (5 kap 2 §) men kan innefatta många olika typer av jämförelser. Här finns också kopplingen till kvalitetsregister och olika typer av jämförelser (som bland annat SKR understödjer):

*Egenkontrollen kan innefatta*

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355),*
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,*
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,*
- målgruppsundersökningar,*
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,*
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,*
- analys av uppgifter från patientnämnder, och*
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.*

Paragraf 3 till 7 behandlar "Utredning av avvikelser" och återges i utdrag nedan. Som noterats ovan kopplat till patientsäkerhetslagen har vårdgivarens roll på detta område betonats starkare. Det är många intressenter vars klagomål som ska beaktas och rapporteringskyldigheten gäller både händelser som resulterat i skada och där skada hade kunnat uppstå (se nedan):

*3 a § Vårdgivare ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från*

- 1. personal,*
- 2. andra vårdgivare,*
- 3. de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,*
- 4. myndigheter, och*
- 5. föreningar, andra organisationer och intressenter.*

*Bestämmelser om att vårdgivaren ska ta emot klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående finns i 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen (2010:659). (HSLF-FS 2018:10)*

*Rapporteringskyldighet*

*4 § Bestämmelser om rapporteringskyldighet*

- 1. för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659),*

*5 § Bestämmelser om skyldighet*

- 1. för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),*

*Sammanställning och analys*

*6 § Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.*

Föreskrifterna tar vidare upp förbättringsarbete av både rutiner för kvalitetssäkring och i verksamheten (5 kap 6 § 7 §). Vidare anges skyldigheter för dokumentation och deras omfattning. Varje år ska även en sammanhållen kvalitetsberättelse författas enligt följande (7 kap 1§):

*Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad*

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och*
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.*

*Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.*

Varje vårdgivare ska också årligen ta fram en Patientsäkerhetsberättelse enligt följande:

*2 § Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.*

*Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur*

- 1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat,*
- 2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats,*
- 3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,*
- 4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.,*
- 5. rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats, och*
- 6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. (HSLF-FS 2018:10)*

*Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.*

*3 § Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad*

- 1. att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och*
- 2. att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.*

Som komplement till SOSFS 2011:9 finns också en handbok som ger en något mer fyllig beskrivning av hur vårdgivare kan arbeta med de olika paragraferna och är uppbyggd på samma sätt som föreskrifterna men med mer förklarande text. Utifrån denna korta genomgång av en mindre del av Socialstyrelsens föreskrifter är det dock tydligt att föreskrifterna är tydligt normerande för de verksamheter de riktar sig till.

5.4. Efterhandsstyrning som ytterligare källa till administrativt arbete  
Parallellt med Socialstyrelsens uttolkning av lagstiftningen sker även ytterligare tolkningar, men då av tillsynsmyndigheter som IVO, via det som kan kallas efterhandsstyrning eftersom IVO:s roll är att genomföra tillsyn och ge tillstånd. Dessa tolkningar ligger till grund för de granskningar som sedan genomförs, både kontinuerligt och enligt särskilda uppdrag.

Vad gäller tillsynen anger myndigheten samtliga lagar inom hälso- och sjukvården som ramarna för sin granskning. I praktiken bör det dock främst vara patientsäkerhetslagen som huvudsakligen styr myndighetens tillsyn inom sjukvården (dess kap 7). Som bekant förväntas granskningsmyndigheter att arbeta med riskbaserad tillsyn där olika analyser ligger till grund för riskbedömningar. Mycket av den löpande granskningen är dokumentbaserad (kontroll av egenkontroll – som kopplas till ledningssystemen) men det förekommer även inspektioner/platsbesök. En kritik som Riksrevisionen

(2019) har rest är att myndigheten har givits fria ramar att lägga upp granskningsverksamheten. Ett mönster som går igen från andra granskningsmyndigheter är att IVO har en löpande lagstyrd granskning (relativt rutinbaserad) och en annan del som är egeninitierad och mer tematisk – baserad på analyser av angelägna områden. När det gäller hälso- och sjukvård har den rutinbaserade framför allt varit kopplad till klagomålshanteringen. Fram till 2018 var detta en omfattande verksamhet men efter en reformering av systemet har ansvaret för att hantera klagomål i hög grad decentraliserats till vårdgivarna. Endast särskilt allvarliga ärenden går vidare till IVO. Detta har utvärderats av Statskontoret (2019). Klagomålshanteringen sker numera verksamhetsnära, vilket i sig kan innebära administrationsrisker.

Trots att IVO:s styrning av hälso- och sjukvården sker i efterhand i form av granskning och kontroll pekar mycket mot att denna kontroll är starkt normerande för regionernas och huvudmännens verksamhet. Även om råd och riktlinjer från Socialstyrelsen är normerande är sannolikt tillsynen en särskilt starkt normerande styrning.

## 5.5. Administrativ överimplementering

Om tolkningen av lagstiftningens krav utgör ett första steg, initieras ett andra steg i tolkningsprocessen när myndigheternas föreskrifter, riktlinjer och råd når regioner och huvudmän, som i sin tur tolkar dessa myndigheters krav för att implementera dem i den egna verksamheten. På denna nivå utarbetas sedan regioninterna dokument och processer som riktar sig mot de olika verksamheterna. En central aktör på denna nivå är också SKR, som genom olika typer av projekt och satsningar utgör ett stöd för regioner när de ska använda styrdokument i praktiken. SKR:s arbete är följaktligen också normerande och syftar delvis till att skapa likformighet när det gäller exempelvis kvalitetsarbete.

Dessa ”styrningsprodukter” kan fortfarande betraktas som kollektiva i bemärkelsen att de får sin existens genom samverkan mellan tjänstemän och politiker. En del i detta är att styrdokumentet implementeras i de befintliga IT-baserade lednings- och kontrollsystemen hos respektive huvudman. I detta steg finns det indikationer på att det sker en omtolkning som överskrider de krav som faktiskt ställs i lag. En förklaring som berörts tidigare handlar om den kontroll och granskning som utövas mot kommuner och regioner och som förstärker de administrativa procedurerna. Detta kan vi förstå som en typ av administrativa förberedelser inför möjliga framtida granskningar och kontroller, och utifrån forskning inom andra områden (Forssell & Ivarsson Westerberg 2014) är det inte ovanligt att tjänstemän förbereder sig på det värsta tänkbara scenariot. I andra sammanhang benämns detta som en process av överimplementering av rådande krav. Här förekommer det sannolikt också en variation mellan regioner.



När det gäller vårdvalssystemet inom primärvården utformar regionerna styrdokument med en stor mängd faktorer på en mycket hög detaljnivå. Ett skäl till att regionerna producerar dessa dokument har naturligtvis att göra med kraven att möjliggöra konkurrens mellan olika vårdgivare på lika villkor. För vårdcentralerna innebär detta dock administrativt arbete. Motsvarande produktion av styrdokument på regionnivå gäller exempelvis även kvalitetssystemen.

De tredje och fjärde stegen i tolkningsprocessen är relaterade till hur regionernas styrdokument tolkas på verksamhetsnivån. Här sker ytterligare tolkningsprocesser som i högre grad är kopplade till en mer individuell nivå, dels bland enhetschefer inom exempelvis primärvården, dels bland verksamhetens ordinarie personal. De senare är också de som i stor utsträckning är föremål för kraven, och också de som står för en stor del av administrationen.

## 5.6. Vilka är det som tolkar lagstiftningen? Fler organisationsprofessionella ställer fler krav

Organisatoriska tolkningsprocesser, som de vi diskuterat ovan, sker givetvis inte utan mänsklig inblandning. Tolkningen av lagstiftning, utarbetandet av föreskrifter och riktlinjer och slutligen författandet av styrdokument för den lokala hälso- och sjukvården, inom exempelvis primärvården i en region, utförs av vanligtvis av grupper av administratörer som kan benämnas som organisationsprofessionella (Alamaa mfl 2024), en grupp som dessutom ökat i storlek på senare tid i jämförelse med de yrkesprofessionella. Dessa grupper har oftast en högre utbildning och befinner sig på en högre hierarkisk nivå än de traditionella administratörerna, som till exempel läkarsekreterare, som arbetade med administration närmare verksamheten. De arbetar således med mer kvalificerad administration. De organisationsprofessionella är en brokig grupp men ofta är det ekonomer, personalvetare och kommunikatörer som brukar nämnas i sammanhanget. Det kan dock också handla om yrkesprofessionella, exempelvis läkare och sjuksköterskor, som valt en administrativ karriär framför den kliniska. Vad som blir särskilt intressant ur ett administrationsperspektiv är att dessa organisationsprofessionella har sina egna modeller, metoder, tekniker, kulturer och normer som utvecklats på andra håll som nödvändigtvis inte har någon koppling till den kärnverksamhet som den aktuella organisationen ägnar sig åt, som hälso- och sjukvård. Ur de organisationsprofessionellas perspektiv är det helt i enlighet med de standardmodeller och normer som gäller för denna, men kan ha sämre relevans eller helt gå på tvärs gentemot den kärnverksamhet de ska stödja. De organisationsprofessionella har således olika fokusområden men arbetar oftast med tolkning och implementering av regelverk kopplade till sitt område. För exempelvis personalvetare blir det aktuellt med de regelverk som handlar om anställningar, löner, rehabilitering, arbetsmiljö, friskvård etc, och för ekonomer blir regler kring redovisningsregler, fakturarutiner, betalningar, budgetar och ekonomiska prognoser aktuella. Förekomsten av organisationsprofessionella förstärker både

möjligheten och viljan att styra offentlig verksamhet via deras sätt att utarbeta interna krav som utgår från deras perspektiv på hur lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer ska tolkas. I dessa processer ser vi att det inte sällan sker en förstärkt omtolkning och överimplementering av de lagar och regler som är tänkta att styra verksamheten, vilket ofta baseras på att gruppen har andra mål och arbetar efter andra normer och logiker än de som respektive kärnverksamhet baseras på. Dessa interna krav innebär ofta att blanketter ska fyllas i, resultat ska rapporteras, rutiner ska följas, enkäter besvaras, kalkyler göras, beslut förankras och så vidare, vilket sammantaget utgör en förklaring till varför administrativt arbete tenderar att öka inom offentlig sektor, och i synnerhet i hälso- och sjukvården.

### 5.7. Sammanfattning – styrning, krav och tolkning

Sammantaget har vi utifrån ovanstående diskussion presenterat en modell för hur relativt begränsade krav i lagstiftningen uttolkas, förmedlas, översätts och förstärks av andra aktörer i en längre tolkningsprocess som går från lagstiftning, till myndigheter, vidare till regioner och huvudmän för att sedan omsättas i praktiken i hälso- och sjukvårdens verksamheter (vi har i tidigare texter kallat dessa processer för en administrativ tolkningstrappa – Ivarsson Westerberg et al. 2021). I denna process bidrar många aktörer med att formulera och bearbeta kravens form och innehåll för olika områden. Man skulle därför kunna tala om styrningens ”snöbollseffekt”, eftersom styrsignaler och krav har vuxit i både omfattning och djup när de når mottagaren. Dessa omfattande krav som riktas mot hälso- och sjukvårdens genererar ofta, men inte alltid, administrativt arbete på verksamhetsnivån. Ett resonemang kring styrningens snöbollseffekt är att de administrativa kraven tenderar att öka ökar ju fler aktörer som är indirekt inblandade i kravställandet. En observation i sammanhanget är att de ursprungliga kraven i lagstiftningen på sätt och vis blir urvattnade och omformas, vilket beror på att det sker ett slags översättning från lagstiftningen till den praktiska uttolkningen (Czarniawska & Sevón 1996) och samtidigt en målförskjutning från det praktiska till administrativa procedurer (jmf Hofvendahl 2010). Detta innebär att det administrativa arbetet hamnar i fokus och det administrationen handlar om hamnar i skymundan. Ytterligare en observation av betydelse i sammanhanget är att det verkar som att ju större handlingsutrymme de ursprungliga kraven från styrningen medger, desto större blir behovet av att fylla detta med ytterligare preciseringar och uttolkningar. Allmänna och vida lagstiftningskrav tenderar därför att skapa tolkningsutrymme för fler aktörer inblandade i tolkningsprocessen, exempelvis de organisationsprofessionella, och detta innebär sannolikt att mer administrativt arbete genereras då antalet och omfattningen av råd, rekommendationer och riktlinjer ökar. De som är målet för kraven, regioner och hälso- och sjukvårdspersonal, försöker göra allt rätt, och detta resulterar inte sällan i en överproduktion av dokumentation och administration för att tillfredsställa kravställaren.

I nästa avsnitt kommer vi gå närmare in på de faktorer som driver administrativt arbete i hälso- och sjukvårdens organisationer.

## 6. Faktorer som driver respektive motverkar administration

### 6.1. Arbetsprocesser som involverar administration – exemplet primärvården

Resonemanget som förts ovan har presenterat management, marknadslogik och kvalitetsutveckling som de idéer som bidragit till en ökad styrning av verksamheterna i vården i och med de omfattande krav som utformas gradvis i de tolkningsprocesser som vi diskuterat – från statlig lagstiftning, via myndigheters föreskrifter till regionala och lokala riktlinjer. Alla krav genererar dock inte alltid administrativt arbete. Vi har i tidigare studier av primärvården (Ivarsson Westerberg et al 2021; se även Forssell och Ivarsson Westerberg 2014) identifierat särskilt två typer av externt riktad administration som dessa typer av krav genererar – informationsadministration och prestationsadministration. I relation till dessa administrationstyper urskiljer vi fem olika processer som förekommer i primärvården och som kan kopplas till ökade krav som leder till ökad administration:

- Vårdvalssystemet
- Journalföring
- Registrering i hälsoregister
- Skrivande av läkarintyg
- Kvalitetssystem
- IT-system

Exemplen nedan visar hur sjukvårdsapparaten kommit att organiseras runt administrationen, snarare än runt patienten och dennes behov.

*Vårdvalssystemen* bygger på en marknadslogik som syftar till att säkerställa konkurrens på lika villkor bland olika utförare, vilket innebär att ersättningssystemet måste vara utformat så att det är neutralt och lika för vårdgivare. Antalet vårdval varierar mellan regioner men till varje vårdval är ett så kallat förfrågningsunderlag kopplat, där regionen ställer upp de krav och regler som gäller för vårdgivare inom regionen. De krav som ger upphov till administrativt arbetet inom primärvården härrör i detta fall ur den grundläggande organiseringen av sjukvårdssektorn, där konkurrensutsättningen medför införande av prestationsbaserade ersättningsmodeller för att såväl privata som offentliga vårdgivare ska kunna konkurrera på lika villkor. För att vårdvalssystemet ska fungera behöver regionerna beskriva vilka regler som gäller för att bedriva primärvård, vilken vård som ger ersättning och hur detta ska kontrolleras. För vårdcentralerna, oavsett om de drivs av regionen

eller är privata, förstärks behovet av att beskriva verksamheten på ett fördelaktigt sätt gentemot regionen för att kunna erhålla ersättning för utförd vård. En konsekvens av vårdvalssystemet är att vårdpersonal behöver ägna tid åt att arbeta med så kallade listningar av vårdcentralens patienter samt administrera kring varje vårdbesök. Dessa krav leder således till att vårdbesöken ska mätas och registreras för att generera rätt ersättningar, vilket i praktiken innebär mer administration för personalen på vårdcentralerna.

Läkarkårens *journalföring* utgör en central och närmast grundläggande urtyp för ett administrativt instrument, med sitt ursprungliga och huvudsakliga syfte att vara ett stöd för vårdgivaren att inför kommande patientmöten själv minnas vad som bedömdes och beslutades vid det föregående, eller för andra vårdgivare att kunna ta del av bedömningen. Journalföringen har dock utvecklats från i huvudsak ett verktyg för läkarna att bedriva adekvat vård till att lika mycket vara ett administrativt verktyg för styrning, mätning och kontroll. Journalen har således blivit en källa för att mäta produktivitet och medicinsk kvalitet, framför allt sedan journalsystemen digitaliserades. Allt fler krav har knutits till journalföringen, inte minst genom att integrera de prestationsbaserade ersättningsmodellerna i det system där den medicinska dokumentationen sker. Den ökade granskningen medför också att läkarna också skriver såväl för patienten själv, som har rätt att läsa sin egen journal, som för tillsynsmyndigheten, för att "ha ryggen fri".

Ytterligare en administrativ process som identifierats är vårdpersonalens arbete med att *registrera data i olika hälsoregister*, vilket kan hänföras till Socialstyrelsens riktlinjer för det obligatoriska hälsodataregistret (SFS 1998:543; se även SFS 2018:439). Samtidigt finns det ett stort antal register som inte är lagstadgade och som förvaltas av ett antal andra lokala och regionala aktörer som aktivt arbetar för att vårdpersonalen ska registrera i olika typer av data. SKR är här en viktig aktör, då organisationen ansvarar för ett stort antal nationella kvalitetsregister. Kvalitetsregistren kan sägas härröra ur ett slags idé om evidensbaserad, kunskapsinhämtning, förbättring och effektivisering av vården.

En del av läkarnas arbete är att *utfärda sjukintyg* till många olika aktörer för många olika tillfällen. När det gäller statens verksamhet och läkarintyg är det främst Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som avkräver dessa för att klienter exempelvis ska erhålla kunna ta del av speciella arbetsmarknadsstöd eller erhålla sjukpenning. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan utformar själva vilka krav som ställs på läkarintyg för att de ska anses som giltiga och kraven har ökat när det gäller informationsmängden i intygen. Detta innebär en indirekt styrning av läkarnas arbete och inverkar på hur de utformar de intyg de skriver. Patienternas sjukintyg har över tid kommit att bli alltmer omfattande för att någon annan instans än vårdgivaren själv ska kunna bedöma huruvida den sjukskrivning som utfärdats är medicinskt motiverad. Studier har också visat att läkarintygets bevisvärde minskat över tid (se Mannelquist et al. 2010). Detta tyder på en minskad tillit till

läkarprofessionen som i praktiken innebär att läkare i högre grad än tidigare måste ägna mer tid åt administrativt arbete riktat mot externa aktörer.

När det gäller *ledningssystem för miljö, arbetsmiljö och kvalitet*, kan styrningen betraktas som tvåsidig, eller dubbel. Styrningen sker här på två olika nivåer, där staten utgör den ena parten och huvudmannen, regionen, den andra. Det är dock tydligt att den direkta styrningen via lagstiftningen är mycket begränsad eftersom lite sägs om hur kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården ska bedrivas och i vilka former. Av denna anledning får Socialstyrelsen och huvudmännen ett stort utrymme att indirekt styra vårdverksamheten baserat på dessa aktörers uttolkning av hur kvalitetsarbete ska bedrivas, tillsammans med externa företag som står för certifieringen av ledningssystemen. Det finns även vissa inslag av efterhandsstyrning, då certifieringen innebär någon typ av kontinuerlig efterhandskontroll. Kraven som ställs från ledningssystemet är mycket omfattande och förmedlas till verksamheterna i form av nedskrivna riktlinjer och anvisningar. En central del handlar om uppföljning och mätning av verksamheten i förbättringssyfte. I praktiken på vårdcentralen innebär arbetet med kvalitetsindikatorer, som härstammar från ledningssystemet, administrativt arbete för personalen eftersom det är dem, tillsammans med verksamhetscheferna, som rapporterar in data om kvaliteten till ledningssystemet. På ett sätt är också kvalitetsarbetet kopplat till ersättningssystemet eftersom vissa vårdinsatser ger vite eller bonus, baserat på hur bra vårdcentralen uppnått målen. Det är dock svårt att avgöra vilka delar i kvalitetsrapporteringen som verkligen är verksamhetskritiska inom primärvården.

Listning av vårdcentralens patienter, administration kring vårdbesök, journalföring, registrering i hälsoregister, utfärdandet av sjukintyg samt arbetet med kvalitetsfaktorer har åtminstone en sak gemensamt – arbetet sker idag i datorn i olika slags *IT-system*. Studierna av primärvården (Ivarsson Westerberg et al. 2021) visade att en mängd olika IT-system används dagligen av vårdpersonalen. En av få som diskuterat IT-system i vården är Jonas Söderström. Han menar att det saknas kontroll på hur många system sjuksköterskor och läkare måste arbeta i, hur många inloggningar och hur många musklick som de måste göra varje dag. Detta tillsammans med väntan på att olika system ska reagera ger stor kognitiv belastning, vilket är en riskfaktor inom vården (Söderström 2010). Problem med system som inte är samordnade samt den spilltid som inte är produktiv har också uppmärksammats. Tre iakttagelser kan göras i sammanhanget: det är troligt att IT *omfördelar* arbetet, det vill säga att systemen underlättar för att administrativt arbete kan flyttas över till vårdpersonalen när IT-systemen görs tillgängliga för den gruppen. IT ökar också *kapaciteten* för administration i och med att de är i det närmaste oändligt skalbara. Ett IT-system kräver inget större arbete för att lägga till arbetsuppgifter av administrativ karaktär till de redan existerande, det krävs bara en ny menyrad eller en ny rullista för att ställa ytterligare krav på information som vårdpersonalen behöver hantera. IT ökar slutligen

tempot i administrationen, eftersom fler arbetsuppgifter kan samlas i ett system och gränssnittet gör det administrativa arbetet effektivare, i kontrast till tidigare pappersarbete.

Det är tydligt att IT har en stor påverkan på det administrativa arbetet, men att det finns olika dimensioner av hur påverkan går till. Även om effektivisering ofta framhålls som ett skäl till ökad digitalisering, är det inte helt säkert att denna effektivisering är helt entydig.

6.2. Sju faktorer som driver administrativt arbete i hälso- och sjukvården  
Vad kan vi då säga om de faktorer som driver administrativt arbete i hälso- och sjukvården? De faktorer vi diskuteras nedan i stor utsträckning sammanflätade med varandra på olika sätt och de är också tydligt relaterande till de tre starka idéer vi presenterade ovan; management, marknad och den starka tron på förbättringar. En viktig faktor är kopplad till marknadsideal är *konkurrensutsättningen* av vården som medför ett antal administrativa processer som krävs för att den marknadsorienterade organiseringen av vården ska kunna upprätthållas. På en grundläggande nivå handlar dessa administrativa processer, som är insprängda i det ordinarie vårdarbetet, om att vårdvalssystemet kräver en bokföring av prestationer, det vill säga vårdproduktion som bestämts ge fiktiva verksamhetsinkomster (åtminstone för regiondriven vård). Dessa arbetsprocesser tillkom som en direkt konsekvens av vårdvalssystemet, och utfördes inte tidigare. Kopplingen till kärnverksamheten, att bedriva hälso- och sjukvård för medborgarna, är också svag när det gäller detta administrativa arbete. Här utgör således själva vårdvalssystemet och dess bakomliggande marknadsidéer grunden för denna form av administrativt arbete. Parallellt och nära sammanflätad med konkurrensutsättningen finner vi också *tendensen att vilja mäta, följa upp och kontrollera* verksamheternas medicinska kvalitet, produktivitet och utfall. För att inte tappa kontrollen över verksamheten krävs naturligtvis kontroll av något slag, däremot har krav kopplade till denna faktor utvecklats starkt de senaste åren. I stort handlar detta om effektivitetsfrågor inom en managementlogik, men som också är nära sammanvävd med marknadsideal och tron på förbättringar. När det gäller dessa processer baseras kontrollen vanligtvis på möjligheten att aktivera någon typ av sanktioner, som både kan vara positiva och negativa, i syfte att förändra verksamheten åt det håll som är önskvärt. Dessa sanktioner och inbyggda förändringskrav bidrar emellertid till mer administrativt arbete och skapar i många fall en prioritering av administrativt arbete, oavsett om sanktionerna innebär att en verksamhet kan få ökade ekonomiska tillskott, eller tvärtom, riskera att förlora ersättning eller betala vite.

Viljan att mäta, följa upp och kontrollera bygger i sin tur på i sig goda tankar om *verksamhetsförbättring och effektivisering*, men som också riskerar att leda till ökat administrativt arbete. Exempelvis innebär arbetet med hälsoregister, vilket syftar till att samla in kunskap på bred front om vissa sjukdomstyper, bland annat, att ett stort antal mindre arbetsuppgifter av administrativ

karaktär blir insprängda i det dagliga arbetet, något som också gör det svårt att överblicka hur mycket tid administrationen tar. En fjärde faktor är närvarande i princip samtliga exempel från primärvården ovan, och handlar om den *misstro som riktas mot vårdpersonalen* på alla nivåer. Misstron har sitt ursprung i ambitionen att styra och kontrollera verksamheten på ett effektivt sätt, vilket kan relateras till såväl marknads- som managementidéer. Misstron synliggörs dock som tydligast i journalföringen och skrivandet av intyg i läkargruppen, där det är tydligt att kraven ökat på vårdpersonalen att dokumentera på ett mer omfattande sätt och med en ökad detaljnivå. Denna tendens tyder på att tilliten till att vårdpersonalen faktiskt utför sitt arbete minskat, då ökad kontroll generellt sett är ett uttryck för misstro. Det faktum att *IT-system* blivit allt fler och mer komplexa utgör också en faktor i sammanhanget som driver administrativt arbete. *IT-systemens skalbarhet* och deras konstanta utveckling och uppdatering innebär att hindren att införa nya administrativa processer minskar eftersom möjligheterna att samla data av olika slag är i de närmaste oändliga.

En sjätte faktor kopplar vi till *tillväxten av de organisationsprofessionella* och deras betydelse för tolkning och utarbetandet av krav i den tolkningsprocess som i många fall riskerar att generera administrativt arbete för personalen i hälso- och sjukvården. Denna grupp byråkrater, med de olika utbildningsbakgrunder och professionella förhållningssätt de har, bidrar till att formulera krav utifrån gruppens varierade palett av arbetsmodeller, metoder, tekniker, kulturer och normer som utvecklats inom andra professionella områden. Dessa krav innebär ofta att nya administrativa arbetsuppgifter skapas och överförs till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Den sjunde och sista faktorn vi observerat handlar om *fragmentiseringen av hälso- och sjukvårdssystemet*. Vi har sett att konkurrensutsättningen ger upphov till nya administrativa processer på lokal verksamhetsnivå. Förflyttas perspektivet från verksamhetsnivån till hälso- och sjukvårdens övergripande organisation är det möjligt att observera ytterligare konsekvenser av konkurrensutsättningen som inte är direkt synliga på verksamhetsnivån. Inom den offentliga sektorn har en tendens varit att skapa lokala styrformer för olika verksamheter (Brunsson & Sahlin-Andersson 2000). Ett resultat av denna förändring är att man kan se dessa lokala styrformer som egna enheter och i slutänden, separata organisationer. En del i denna process kan kopplas till idéer om decentralisering, medan den andra delen handlar om mer eller mindre explicit önskan att skapa aktörer på en marknad. Idén om konkurrensutsättning av hälso- och sjukvården har inneburit att vårdens olika delar kommit att omskapas till egna formella organisationer, med egna formella relationer till ett större eller mindre antal andra organisationer. En del i denna marknadiseringsprocess inom hälso- och sjukvården har således handlat om avreglering av befintlig verksamhet. Studier av avreglering av tidigare statlig verksamhet har dock visat att i stället för färre regler, som ju begreppet antyder, ökar antalet styrande regler (Ahrne och Brunsson 2005; Vogel 1998, Brunsson och Jutterström 2018), vilket också har observerats inom hälso- och sjukvården i enlighet



med vårt resonemang ovan. När det gäller de formella relationer, kan vi i ett exempel från primärvården se att vårdcentraler har formella relationer till andra organisationer i offentlig sektor såväl som till företag; relationerna kan vara till regionorganisationen, laboratorieföretag, andra vårdcentraler, tolkservice, transportverksamhet, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, IT-företag för de olika IT-systemen, sjukhus och så vidare. I en vårdorganisation som fungerar enligt denna logik kan äldre styrningsfilosofier upplevas som svaga och verkningslösa. Med fler organisatoriska relationer följer också nya typer av transaktionskostnader, som i sig också ställer högre krav på mer styrning och granskning, vilket i praktiken innebär mer administrativt arbete. Med transaktionskostnader avses de kostnader som uppstår i vid införskaffande av information kring köpare och säljare på en marknad samt vid genomförandet av en transaktion (Coase 1938). Kostnaderna kan handla om redovisning, upprättande av kontrakt, utvärdering, kontroll, samordningsmöten och så vidare. Fler organisatoriska enheter leder således till mer administration och ökade transaktionskostnader.

Att ökade krav på styrning uppkommer handlar om svårigheten att hålla ihop ett stort antal olika organisationer inom vården, som både kan vara regiondrivna och privata. Mer styrning och granskning brukar därför vara en vanlig medicin mot en fragmentiserad tillvaro. Den fragmentiserade hälso- och sjukvårdsorganisationen är därför en viktig faktor när det gäller att förstå vad det är som driver det administrativa arbetet. Fragmentiseringen är också tydligt relaterad till skapandet av en konkurrensutsatt hälso- och sjukvård eftersom denna logik bidrar till fragmentiseringen genom bildandet av fler formella organisationer som följer av marknadiseringen. Fragmentiseringen skapar också förutsättningar för de tolkningsprocesser vi diskuterat ovan eftersom varje relation som innebär att något krav riktas mot exempelvis en vårdcentral skapar utrymme för tolkning som riskerar att resultera i mer administrativt arbete.

Forskningen pekar på att konsekvenserna för dessa ökade styr- och granskningsförsök är att organisationerna svarar med administration, vilket är tydligt i exemplet ovan om lednings- och kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. I förlängningen innebär det ökade administrativa arbetet, särskilt på verksamhetsnivå, det vill säga det administrativa arbete som sprängs in i vårdpersonalens vardagliga arbetsuppgifter, att styr- och granskningsförsöken innebär kostnader, så kallade "compliance costs". En sådan kostnad som tidigare observerats är målförskjutning, det vill säga att vårdens personal i mindre utsträckning inte arbetar med kärnverksamheten. Detta är också en ekonomisk kostnad eftersom den hälso- och sjukvårdsorienterade prestationsförmåga som förväntas av vårdpersonalen inte nås till fullo.

Sammanfattningsvis kan således följande faktorer riskera att skapa förutsättningar för ökat administrativt arbete i hälso- och sjukvården:

- Konkurrensutsättningen
- Tendensen att vilja mäta, följa upp och kontrollera
- Verksamhetsförbättring och effektivisering
- Misstro som riktas mot vårdpersonalen
- IT-systemens skalbarhet
- Tillväxten av organisationsprofessionella
- Fragmentisering av vårdorganisationen

Det administrativa arbete som dessa faktorer ger upphov till återfinns främst inom de administrativa kategorierna informationsadministration och prestationsadministration, det vill säga administration som riktar sig mot externa aktörer. Informationsadministrationen handlar i grova drag om att upplysa om verksamheten utåt sett, medan prestationsadministrationen är mer sofistikerad och syftar till att synliggöra vårdpersonalens arbete och hur verksamheten presterar gentemot kravställande externa aktörer.

### 6.3. Vad motverkar (onödigt) administrativt arbete i hälso- och sjukvården?

En diskussion om vilka faktorer som kan motverka den ökande tendensen till administrativt arbete inom hälso- och sjukvården blir av naturliga skäl antaganden. Tidigare studier har främst fokuserat på faktorer som driver administrativt arbete, och inte de som motverkar den observerade utvecklingen. Ett sätt att diskutera presumtiva motverkande faktorer är att dela upp resonemanget i två delar. Det första handlar om att diskutera verksamhetsnära faktorer. Det andra perspektivet utgör faktorer som befinner sig på systemnivå, det vill säga en diskussion riktad mot hälso- och sjukvårdens grundläggande funktionssätt.

När det gäller verksamhetsnära faktorer som kan motverka administrativt arbete utgör *administrativa buffertar* en viktig sådan. Alla styrförsök och dokumentationskrav behöver inte slå igenom hos dem som arbetar direkt med patienterna. En tanke som finns inom organisationsteorin är att en av chefs och organisationsledningars viktigaste uppgift är att skydda "den operativa kärnan", dvs avvisa reformer och styrförsök som ökar de administrativa kraven. Till viss del kan ett tillskott av särskilda administratörer fungera avlastande för vårdpersonalen, men detta motverkar inte det arbete som är insprängt i flera olika arbetsuppgifter som vårdpersonalen utför, och vars källa oftast återfinns i ersättningssystemen och granskningskraven. En annan motverkande faktor handlar om att *förenkla IT-systemen*. Det är tydligt att ett mer genomtänkta IT-stöd skulle medföra förändringar för det administrativa arbetet, där exempelvis förbättrade samordningslösningar och minimering av

antalet "musklick" är två sådana förändringar som framkommit i debatten. Om hänsyn tas till "administrativ hållbarhet" vid utveckling och upphandling av IT-system i framtiden skulle sannolikt detta kunna motverka den administrativa tillväxten i hälso- och sjukvården.

Att *uppmärksamma de problematiska aspekterna av administrativt arbete* inom hälso- och sjukvården kan utgöra en motverkande faktor på övergripande nivå. En utökad medvetenhet om riskerna med administrativ tillväxt på samtliga nivåer där lagstiftning omsätts till krav kan i sig motverka och dämpa så väl antalet krav som deras omfattning bland de som styr organisationerna inom hälso- och sjukvården. Att formalisera en sådan medvetenhet genom ytterligare krav på konsekvensanalys av administrativ tillväxt när riktlinjer utformas på myndighetsnivå kan också utgöra en motverkande faktor. Däremot är risken att ytterligare administrativt arbete skapas som i sin tur kan betunga både den reguljära administrativa personalen och vårdpersonalen. En faktor som också kan motverka administrativt arbete är att lyfta och diskutera frågan vad som bör ingå i vårdpersonalens centrala arbetsuppgifter.

På övergripande nivå utgör också de etablerade idéerna om marknadsiering och konkurrensutsättning en källa till det administrativa arbete som upplevs som problematiskt. Dels handlar det om att *motverka fragmentiseringen* som följer av marknadsiering och konkurrensutsättning, dels kan *reformerade ersättningsystem* skulle kunna motverka det administrativa arbete som vårdpersonal utför i relation till ersättningsystemet, och få dem att ägna mer tid åt patienterna. Detta gäller då särskilt de delar som ställer krav på mätningar, uppföljningar och kontroll av vårdverksamheten. Samtidigt skulle reformerade ersättningsystem inte vara en särskilt övertygande motverkande faktor i sammanhanget. Sannolikt krävs det mer grundläggande åtgärder av paradigmskifteskaraktär för att åstadkomma tydliga förändringar, det vill säga åtgärder som riktar sig mot själva idén om vad effektiva organisationer är och hur de kan utformas. Så länge som vi tror att lösningen på alla problem i organisationer är mer styrning, mer granskning, mer dokumentation, mer regler och mer produktivitet (i kvantitativa termer), kommer också en av konsekvenserna att vara mer administration.

## 7. Statligt huvudmannaskap och administration i hälso- och sjukvården

Frågan om statligt huvudmannaskap är förstås svår att svara på och svaret blir med nödvändighet mer spekulativt. En lärdom från organisationsforskningen är att antalet organisatoriska enheter i ett organisationssystem påverkar administrationen. Detta eftersom antalet relationer mellan enheterna blir fler. Relationerna handlar om kommunikation, samordning, ekonomi med mera. Rent konkret i administrativt hänseende kan det handla om beställningar, faktureringar, möten, dokument, redovisningar, rapporter, osv. Det är kostnaderna för dessa som kallas transaktionskostnader. Logiken är således att ju fler organisatoriska enheter som har kontakt med varandra i ett organisatoriskt system, desto fler relationer av administrativ karaktär som ger upphov till transaktionskostnader. Om det statliga huvudmannaskapet skulle innebära att staten tar över ansvaret, och samtidigt inrättar en ny nationell myndighet men behåller regionorganisationen skulle administrationen således öka på grund av fler organisationer. Men om det statliga huvudmannaskapet skulle innebära en minskning av antalet organisationer, till exempel genom att slopa regionerna skulle administrationen förmodligen minska.

Ett annat sätt att resonera kring detta är längden på den så kallade styrkedjan. Vi resonerade tidigare i rapporten om hur administrativa krav tolkas, översätts och förmedlas av olika aktörer i styrkedjan. I hälso- och sjukvården är dessa aktörer till exempel Socialstyrelsen, regionförvaltningar och sjukhusförvaltningar. Om huvudmannaskapet adderar ytterligare en nivå i en sådan styrkedja kommer det troligen att leda till mer administration.

Slutsatsen är utifrån detta perspektiv, system- eller strukturperspektivet, att man samtidigt med ett statligt huvudmannaskap måste reducera antalet organisatoriska enheter och nivåer för att kunna minska fragmentiseringen och således minska administrationen.

En andra faktor som utgår från våra teoretiska resonemang om vad som driver administrationen är att det handlar om kravställande från omgivningen. Det kan vara från överordnade hierarkiska nivåer, eller komma från andra delar av omgivningen. Ett statligt huvudmannaskap är inte automatiskt kopplat till (eller immunt) mot sådant kravställande eftersom dessa krav finns i lagstiftning, riktlinjer, standarder eller från andra starka normer om till exempel hållbarhet, organisering, ledarskap, samverkan, krishantering, värdegrundsarbete, jämställdhet eller liknande. Mycket av den administration som beror på kravställande kommer troligen inte att påverkas av en förflyttning av huvudmannaskapet.

Detta gäller också administration som genereras av det fria vårdvalet. I ett sådant system finns administration som handlar om att vårdgivarna ges ersättning på samma villkor. Det krävs således ett ersättningssystem som i sig är administrativt och som kräver redovisningar, rapportering och

fakturering mm. För att minska sådan administration behöver det ske en mer strukturell förändring av vårdvalssystemet, och är egentligen en fråga som inte är avhängigt huvudmannskapet.

## 8. Referenser

- Ahrne, G. & Brunsson, N. (2004). Regelexplosionen. EFI: ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Aili, C. & Brante, T. (2006) *Kvalificerande arbete: Lärares vardagliga arbete som bas för lärarprofessionens autonomi*. Stockholm: Lärarförbundet.
- Alamaa, L & Hall, P & Löfgren, K (2024) Why are organisational professionals expanding in the Swedish public sector? The role of accountability. *Public Policy and Administration*, Onlinefirst.
- Baldwin, J.N. (1990) Perceptions of Public Versus Private Sector Personnel and Informal Red Tape: Their Impact on Motivation. *American Review of Public Administration* 20:7–28.
- Bozeman, B (1993) A theory of government red tape. *Journal of public administration and theory*. 3:273-303.
- Brunsson, N., & Jutterström, M. (2018) *Organizing and reorganizing markets*. Oxford University Press.
- Brunsson, N & Sahlin-Andersson, K (2000) Constructing organizations: the example of public sector reform. *Organization Studies*, 21(4), 721–746.
- Chen, G & Williams, D. (2007) How Political Support Influences Red Tape through Developmental Culture. *Policy Studies Journal*, 35(3): 419–436.
- Coase, R. H. 1938. The nature of the firm, *Economica*, 4 (nov.), s. 386–405.
- Cutler, D.M. & Ly, D.P. (2011) The (paper) work of medicine: Understanding international medical costs, *Journal of Economic Perspectives*, 25 (2), s. 3–25.
- Czarniawska, B. & Sevón, G. (red.) (1996), *Translating organizational change*. Berlin: de Gruyter.
- DeHart-Davis, L. & Pandey, S. (2005) Red Tape and Public Employees: Does Perceived Rule Dysfunction Alienate Managers? *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, Jan., 2005, Vol. 15, No. 1 (Jan., 2005), pp. 133–148.
- Ekeren A, Foss H, Fosshaug B, Haga T, Skaar V, Westby MT. (2006) Hvor mycket tid får pasientene? *Sykepleien*,94(1):64–65.
- Forssell, A & Ivarsson Westerberg, A (2014) *Administrationssamhället*, Lund: Studentlitteratur
- Füchtbacher, L.M. & Nörsgaard, B. & Backer Mogensen C. (2013) Emergency department physicians spend only 25percent of their working time on direct patient care, *Danish medical journal* 60(1):A4558.
- Gottschalk, A. och Flock, S. (2005) Time Spent in Face-to-Face Patient Care and Work Outside the Examination Room. *Annals of Family Medicine* 6:488–93.
- Heinrich, C (2016) The Bite of Administrative Burden: A Theoretical and Empirical Investigation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 26, Issue 3, July 2016, Pages 403–420.

- Hofvendal, J. (2006) Förpapprade samtal och talande papper. I E. Forsberg & E. Wallin (red.), *Skolans kontrollregim – ett kontraproduktivt system för styrning?* Stockholm: Stockholms universitets förlag.
- Ivarsson Westerberg, A & Andersson, A, & Anskär, E & Castillo, D, & Falk, M, & Forssell, A (2021) *Papper, pengar och patienter. Primärvården i administrationssamhället.* Lund: Studentlitteratur.
- Kreicberg, J. (2009) *Byråkratexplosionen - Hur kommuner och landsting använder ökade resurser.* Stockholm: Timbro.
- Lane, J-E & Arvidson, S & Magnusson, T (1986) *Byråkrati och förvaltning.* Lund: Studentlitteratur.
- Mache, S. & Kelm, R. & Bauer, H. & Nienhaus, A. & Klapp, B. & Groneberg, D. (2009a) General and visceral surgery practice in German hospitals: a real-time work analysis on surgeons' work flow, *Langenbecks Arch Surg*, 2010 Jan; 395(1):81–7.
- Mache, S & & Vitzthum, K & Kusma, B & Nienhaus, A & Klapp, B & Groneberg, D. (2009b) Pediatricians' working conditions in German hospitals: a real-time task analysis" [Eur J Pediatr.](#) 2010 May;169 (5): 551–5.
- Mamykina L., Vawdrey D. K., Stetson, P. D., Zheng K, Hripcsak G. (2012) Clinical documentation: composition or synthesis? *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19:1025-31.2.
- Mannelquist, R, Karlsson, B & Järholm, B (2010) "Läkarintyg om bedömning av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning. Svårt för läkaren att förstå juridik – och för juristen att förstå medicin", *Läkartidningen*, vol 107, nr 49.
- Moynihan, D, Herd, P & Hope, H (2015) Administrative Burden: Learning, Psychological, and Compliance Costs in Citizen-State Interactions. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 25, Issue 1, January 2015, Pages 43–69.
- Poissant L., Pereira J., Tamblyn R., Kawasumi Y. (2005) The Impact of Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Informatics Association* 12: 505–516.
- Sunstein, C.S. (2021) *Sludge. What stops us from getting things done and what to do about it.* Cambridge: The MIT Press.
- Söderström, J (2010) *Jävla skitsystem! Hur en usel digital arbetsmiljö stressar oss på jobbet – och hur vi kan ta tillbaka kontrollen.* Stockholm: Publit Sweden.
- Vogel S.K. (1998) *Freer Markets, More Rules: Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries.* Ithaca, NY: Cornell Univ. Press
- Vårdfokus. *Fler styr och räknar. Färre vårdar patienter.* 2018-05-21.
- Vårdfokus. *Sjuksköterskor flyr golvet - Byråkratin sväller.* 2021-11-02.

Westbrook, J.I. & Ampt, A. & Kearney, L. & Rob, M.I. (2008) All in a day's work; An observational study to quantify how and with whom doctors on hospital wards spend their time, *Medical Journal of Australia, MJA*, 188(9).

Woolhandler, S & Campbell, T & Himmelstein, D (2003) Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *n engl j med* 349;8 [www.nejm.org](http://www.nejm.org) august 21, 2003.