

# Kapitel 1

## Sjukvårdsprogrammets uppgifter, värderingsramar och utvecklingsstrategi

*Marianne Ekman Philips*

Inom svensk hälso- och sjukvård pågår ett omfattande förändrings- och utvecklingsarbete i syfte att göra vården bättre; en utmaning som gäller såväl ökad effektivitet som en mer patientcentrerad vård. Verksamheter har i detta syfte omorganiserats och omstrukturerats, mål har omformulerats och resurser har omprövats. En mängd produktivitetskoncept har anammats såsom *Total Quality Management*, *Time-based Management*, *Business Re-engineering* och *Lean Production*, för att nämna bara några av de koncept som sköljt över dessa verksamheter. De koncept som är i omlopp är dock framtagna för andra typer av verksamheter som ligger långt ifrån vårdens praktik. Inom verkstadsindustrin har framförallt bilindustrin varit en framträdande utprovare av arbetsorganisatoriska modeller, vid sidan av att producera bilar. Det är dock svårt att översätta gjorda lärdomar inom andra sektorer av arbetslivet till arbetet inom vården. Många av de förändringsaktiviteter som pågår inom vården stoppas också upp eller når inte så långt som de kunnat göra. Det som saknas och som efterfrågas på arbetsplatserna är en systematiserad kunskap om *hur man bedriver organisatoriska utvecklingsprocesser* och *hur man skapar en god arbetsorganisation* i vilken människors engagemang för sitt arbete kan frodas. Det behövs kunskap som förmår bidra till det praktiska lokala förändringsarbetet och de situationer som anställda står inför i detta.

Är det då experter, konsulter eller forskare som skall leverera denna kunskap? Förvisso finns det värdefulla bidrag som dessa grupper kan ge och ger, men det är inte de som skall bedriva det lokala utvecklingsarbetet. Rimligtvis är de som har de grundläggande kunskaperna om vården, det vill säga vårdpersonalen själv, bättre skickade att utveckla vården. Dock kan man komma en bit längre på väg om man hjälps åt – utifrån sina olika kompetenser och kunskaper.

Denna bok är resultatet av ett flerårigt samarbete mellan ett antal skilda aktörer som vårdpersonal, administratörer, arbetsgivare, fackliga företrädare, politiker och arbetslivsforskare. Alla dessa har på lite olika sätt medverkat i ett forsknings- och utvecklingsprogram kring sjukvårdens utvecklingsprocesser under åren 1995 – 1999 i Sverige. Programmet kom allmänt att kallas för ”Sjukvårdsprogrammet” eftersom det formella namnet, ”Sjukvårdens arbetsmiljö” ansågs ha en alltför snäv inriktning mot traditionell arbetsmiljö och därmed inte fängade program-

mets kärna – att bidra till utvecklingsdynamik, processtänkande och verksamhetsutveckling i hälso- och sjukvården.

Sjukvårdsprogrammet kom till på initiativ av de centrala arbetsmarknadsparterna inom sektorn. De ökade kraven på kvalitet i vården och pressen från ökade sparbetning hade satt organisationsfrågorna i centrum. Den fråga som nu diskuterades var hur sjukvården skulle kunna göras bättre. Den tekniska utvecklingen hade resulterat i nya medicinska behandlingsmetoder. Rationaliseringsprojekt hade genomförts på bred front i linje med sparbetningen. Organisatoriska innovationer var däremot ett eftersatt område som tilldrog sig alltmer uppmärksamhet, i takt med att det blev tydligt att sjukvårdens organisationer måste bli bättre på att klara sina egna omställningsprocesser och etablera nya organisationsformer. Under ett antal år fördes diskussioner mellan Landstingsförbundet och dåvarande Arbetsmiljöfonden om att bilda ett utvecklingsprogram för att stödja lokala förändringsprojekt i syfte att skapa nya former för arbetsorganisation och verksamhet inom hälso- och sjukvården. Erfarenheter och idéer från ett tidigare projekt, "Samkraft vård" (Landstingsförbundet 1995), kom att utgöra en viktig inspirations- och kunskapskälla för denna nya satsning. I Samkraft vård ingick Landstingsförbundet och ett antal externa experter i ett lärande nätverk tillsammans med elva sjukhusledningarna runt om i landet. Arbetet var inriktat mot att förändra själva förändringsarbetet och syftade till att målgruppen chefer och projektledare skulle bli skickliga förändringsledare. Erfarenheterna från bl a ledarnätverket Samkraft vård pekade på behovet av att etablera en processkunskap och lärandestyrd förändringsprocesser i breda utvecklingsprojekt. Dessa uttryck blev snabbt en trend inom svensk sjukvård och låg i linje med de framväxande utvecklingsprocesserna inom det globala näringslivet.

## Värderingar som grund för samverkan

Den arbetsgrupp som bildades 1995 involverade dåvarande Arbetsmiljöfonden och samtliga arbetsmarknadens parter inom sektorn: Landstingsförbundet, Svenska Läkarförbundet, Vårdförbundet SHSTF och Svenska Kommunförbundet. Gruppen formulerade gemensamt syftet med programmet. Det första syftet var att stödja utvecklingsprojekt som kunde leda till nya former för verksamhet och organisation och som satte patienternas samlade behov i centrum. Det andra var att utveckla och tillgodose personalens krav på god arbetsmiljö inom de olika projekten. De centrala parterna enades också om ett antal *värderingar* som skulle ligga till grund för den typ av verksamhet och de utvecklingsprocesser som man ville stödja. Den förändring som man ansåg borde präglade sjukvården och som man därför ville understödja kan sammanfattas som följer:

- Mer patientorienterade processer. Det var utifrån patientens samlade behov som vården skulle utformas. Sjukvården borde avstå ifrån modeller som påförs patienten ”uppifrån och utifrån”.
- Ett aktivt ledarskap. Ett mer utvecklingsorienterat ledarskap efterfrågades, dvs chefer som prioriterar utvecklingsfrågor och engagerar sig aktivt i utvecklingsprocesserna.
- Medarbetare skulle göras delaktiga i verksamhetens utvecklingsprocesser genom att delta i utvecklingsarbete.
- Förändringsprocesser skulle vara lärandestyrd, dvs deltagarna skulle ges möjlighet till reflektion över sina egna erfarenheter för att undersöka handlingsalternativ i utvecklingsarbetet och få en djupare förståelse för processer i utvecklingsarbetet och innehållet i de valda lösningarna.
- Mot lärande organisationer. Sjukvården borde sträva mot organisationer som utvecklar och stödjer individens tänkande kring verksamheten och som tar tillvara medarbetarnas kapacitet.
- Samverkan över gränser. Det var viktigt att stödja samverkansformer som möjliggör en samverkan mellan professioner, funktioner och vårdgivare som normalt inte samverkar men som borde göra det om man såg till patienternas och personalens bästa.

Ambitionen i den partsammansatta arbetsgruppen var att finna och engagera intressanta utvecklingsprojekt som kunde fungera som inspirationskällor och idégivare till annan vårdverksamhet. Detta perspektiv på hur man får till stånd en spridning var influerat av idén om det goda exemplet (”best practice”). Det goda exemplet skulle spridas i kraft av sin egen förträfflighet. Idén om goda exempel och deras spridning är dock inte helt oproblematiskt. Att tänka ut färdiga modeller som sedan skall spridas till alla andra slags verksamheter stödjer inte självklart en kunskapsbildning och kompetensutveckling i en lokal praktik, något som också senare kom att visa sig i programmet.

En ytterligare utgångspunkt för Sjukvårdsprogrammet var att stödja lärandeprocesser i projekten genom att skapa nätverk mellan deltagarna och deras organisationer. På så vis skulle olika erfarenheter spridas. Inte heller denna tanke visade sig i praktiken vara utan problem. Både när det gällde synen på nätverk som utvecklingsinstrument och i synen på lärandet fanns problem. I början av programmet låg fokus på utbytet av erfarenheter mellan deltagarna, dvs ett byte av tips och idéer. Men kunskaper kan inte delas ut. Kunskaper tillägnas man sig genom aktivt sökande. Det kom så sakteliga att utvecklas en annan förståelse inom programmets ram, nämligen att det inte bara var en fråga om utbyte av erfarenheter utan också om gemensam kunskapsuppbyggnad baserad på ett helt spektra av erfarenheter från olika aktörer involverade i programmet. En växande

insikt var också att erfarenhetsnätverk eller lärandenätverk inte automatiskt fungerar som stöd för de enskilda lokala utvecklingsprojekten utan också denna relation behöver både problematiseras och organiseras.

Att etablera arbetsformer som bygger på samarbete och där medlemmarna är jämställda visade sig vara en utmaning. Risken för att t ex återskapa en traditionell hierarki var påtaglig. Behovet av en medveten strategi för nätverksbyggandet, i vilken man säkrar deltagarnas aktiva medverkan och betonar de kollektiva processerna, har utpekats som något av byggstenarna i ett nätverk (se Gustavsen och Hofmaier 1997; Ahrne 1994). All organisering består av makt och tillit och detta är storheter som förutsätter varandra, eller, som Tian Sørhaug (1996) skriver i sin bok om ledning:

”Människor törs inte visa tillit till varandra om det inte finns någon eller något som kan stoppa våld. Det måste finnas krafter som kan mobiliseras för att hindra oss från att bara ta /.../ När man förväntar sig att alla tar, blir det utan nytta och farligt att ge.” (ibid s 24, min översättning)

Vid tidpunkten för programmets start, år 1995, lades Arbetsmiljöfonden ner. Detta kom att innebära att programmet Sjukvårdens arbetsmiljö överfördes till det nystartade Arbetslivsinstitutet. Arbetslivsinstitutet med sitt mandat att länka samman forskning och utveckling utgjorde en ny samarbetspartner och ett forskningsperspektiv lades därmed på programmets utvecklingsprocesser.

Sjukvårdsprogrammet organiserades i en ledningsgrupp bestående av representanter för arbetsmarknadsparterna (den tidigare arbetsgruppen) och med en forskare från Arbetslivsinstitutet (författaren till detta kapitel) som ordförande tillika forskningsansvarig samt ett sekretariat med operativa programuppgifter. Ledningsgruppen hade ambitionen att aktivt engagera sig i de aktiviteter som programmet genererade. Varje medlem i gruppen skulle ha egna erfarenheter av programmets utvecklingsprocesser på mikronivån, vilket ansågs betydelsefullt för att kunna reflektera över programarbetet och utveckla programmets strategier. Sjukvårdprogrammet kom därmed, så långt det gick, att ta formen av ett ”action learning program”, dvs det startade utan något färdigt program eller några färdiga lösningsförslag på organisatoriska problem som skulle läras ut och implementeras i projekten. Tvärtom var ambitionen att programmet skulle stödja deltagarnas fortlöpande lärande av sina konkreta erfarenheter.

Programmet styrdes av de värderingar som var formulerade och som låg till grund för programmets arbetsformer. Dessa arbetsformer var inriktade mot att skapa en dialog och etablera horisontella relationer mellan deltagarna för att göra dem bättre skickade i att arbeta med vårdens utvecklingsprocesser.

## Sjukvårdsprogrammets projekt och nätverk

Sjukvårdsprogrammet kom att involvera 19 sjukvårdsprojekt runt om i landet, alla engagerade i lokal organisationsutveckling. Två av dessa föll bort under programmets löptid och några tillkom. Projekten organiserades med en projektledning sammansatt av olika yrkeskategorier som gavs huvudansvaret för att driva projekten framåt. Projekten utgick från ett vårdkedjebegrepp där flera instanser involverades: primärvård, sjukhusvård och kommunal vård och omsorg. Detta sätt att organisera arbetet på innebar att flera institutionella gränser bröts igenom och att administrativa gränser, olika yrkesroller samt organiseringen av specialiteter kom att ifrågasättas.

De olika utvecklingsprojekten kom också att ingå i regionala nätverk för att öka den enskilda organisationens förändringsbenägenhet och förmåga att hantera omvärldens krav på exempelvis strukturella förändringar. Tillsammans med andra ledande aktörer gjordes försök att bilda koalitioner för att gemensamt agera i vårdfrågor och på så sätt stå starkare. Etableringen av nätverk och horisontell kommunikation inom programmets ram syftade till att bryta upp de hierarkiskt styrda vertikala kommunikationsmönster som till stora delar fortfarande präglar vårdens organisationer (se karta på nästa sida över nätverk och projekt).<sup>1</sup>

Arbetslivsinstitutet finansierade programmet, dess utvecklingsdel och de gjorda forskningsinsatserna. Varje projekt hade ett samarbetsavtal med institutet. Det ekonomiska stödet avsåg i första hand processtöd, dokumentation och erfarenhetsutbyte i olika konstellationer. I efterhand kan man ställa sig kritisk till att ett forskningsinstitut kom att finansiera projekt ute i verksamheter i arbetslivet. Programmet var emellertid ett arv från Arbetsmiljöfonden som vilade på redan ingångna avtal, något som Arbetslivsinstitutet fullföljde. Frågan är emellertid principiellt viktig och värd att diskutera. Skall man i forskning om utveckling också finansiera deltagande verksameters projekt- och utvecklingskostnader? I princip kan hävdas att de företag/myndigheter/förvaltningar som deltar i forskningssamverkan skall stå för sina egna kostnader om de anser att projektet är ett viktigt och prioriterat område för verksamheten. Det fanns dock aspekter av Sjukvårdsprogrammet som till viss del legitimerar att det fick ett ekonomiskt stöd.

För det första innebar programmets arbetsformer att personal på alla nivåer frikopplades från löpande vårdverksamhet och måste ersättas av vikarier, vilket medförde en extra kostnad för verksamheten. Det är inte vanligt inom sjukvården att vårdpersonal, t ex undersköterskor, ges möjlighet till en sammanhållen systematisk reflektion över ett utvecklingsarbete de deltar i, och än mer sällsynt är möjligheten att göra detta tillsammans med andra under en längre tid.

---

<sup>1</sup> Projekten finns även beskrivna i de slutrapporter som varje projekt presenterat och som arkiverats hos Arbetslivsinstitutet. Se bilaga 1.

# Nätverk och projekt

Erfarenhetsutbyte i lärande nätverk.  
Projektet fördelade på fem nätverk.

## Nätverk Nord

- ① **Boden:** vården av äldre i samverkan mellan kommunen, primärvården och geriatriken.
- ② **Skellefteå kommun:** samverkan kring rehabilitering för äldre.

## Nätverket Kolan

- ③ **Primärvården i Hälsingland:** en rehabenhet byggs upp i Ljusdal.
- ④ **Sjukvården i Fagersta:** vårdkedjorna diabetes respektive stroke.
- ⑤ **Vårdcentralen Gripen i Karlstad:** kvinna-barn.
- ⑥ **Haninge primärvård:** samverkan över gränser i hemsjukvård.

## Nätverk Öst

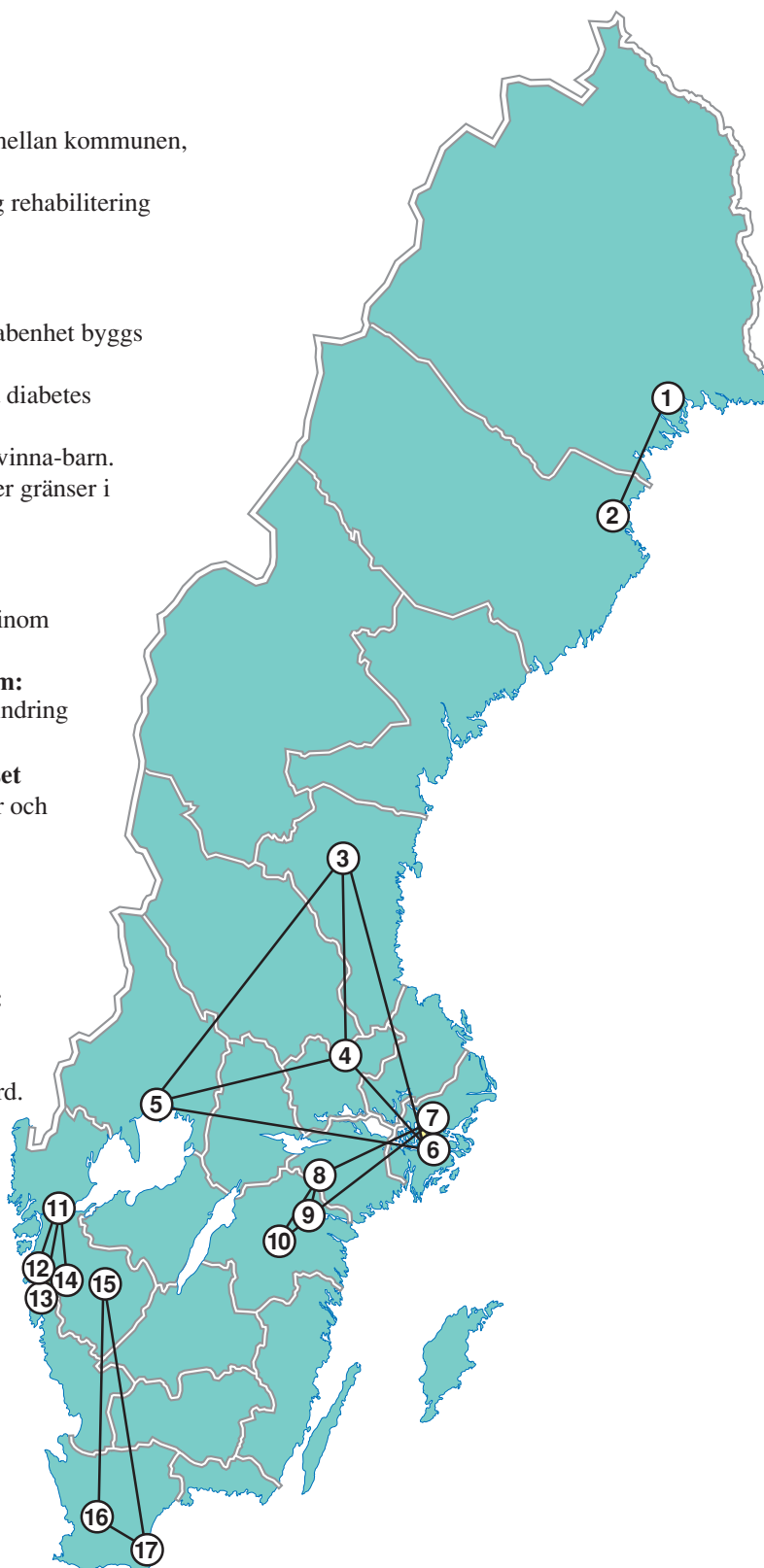
- ⑦ **Karolinska sjukhuset:** barnsjukvård inom Astrid Lindgrens Barnsjukhus.
- ⑧ **Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm:** vårdkedjorna stroke respektive smärtlindring för cancerpatienter.
- ⑨ **Kirurgkliniken vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping:** bröstopererade kvinnor och dagkirurgi.
- ⑩ **Universitetssjukhuset i Linköping:** samverkan kring ögonpatienten.

## Nätverk Väst

- ⑪ **Hudkliniken vid Uddevalla sjukhus:** vårdkedjan venösa bensår.
- ⑫ **Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg:** barn och ungdomssjukvård.
- ⑬ **Sahlgrenska Universitetssjukhus i Göteborg:** vård i livets slutskede, samverkan i hela vårdkedjan.
- ⑭ **Högsbo stadsdel i Göteborg:** samverkan kring vården av äldre.

## Nätverk Syd

- ⑮ **Medicinkliniken vid Borås lasarett:** vårdkedjan patienter med hjärtsvikt.
- ⑯ **Universitetssjukhuset i Lund:** vårdkedjor – analysmodell för patentfokuserad barnsjukvård.
- ⑰ **Medicinkliniken vid Simrishamns sjukhus:** samverkan kring vårdkedjan diabetes.



För det andra är nätverk till största delen ett obeprövat verktyg både som utvecklingsinstrument och som verksamhetsform. Man kan säga att programmet kom att betala en investeringskostnad för att få pröva och utveckla lärande dialogiska nätverksformer i vården. Det var ett försök eller ett experiment i verklig miljö i vilket en alternativ kunskapsbildning kunde äga rum och ligga till grund för lokala utvecklingsprojekt av sjukvårdsverksamhet. Utvecklingskostnaderna inom sjukvården är alltid till stora delar finansierade genom olika externa anslag eftersom de inte ryms inom den egna verksamhetsbudgeten. Att söka externa projektmedel för utvecklingskostnader är praxis i dessa verksamheter och bidrar till vad man kritiskt kan kalla för ett projektraseri, dvs det ena projektet avlöser det andra i en aldrig sinande ström.

## En tillbakablick

Inom hälso- och sjukvården i Sverige pågår, liksom för övrigt i samtliga sjukvårdssektorer även i resten av Europa, en uttalad strävan mot att på olika sätt öka effektiviteten och kvaliteten i verksamheterna. Sjukvården har allt sedan 1980-talet kämpat med stora strukturförändringar och resursnedskärningar som fått påtagliga konsekvenser för anställd personal. Vårdens arbetshälsorapport 2000 visar på en allmänt ökad arbetsbelastning, där vissa yrkesgrupper har höga ohälsotal medan andra har det bra i sin arbetssituation. Det är framförallt arbeten med hög arbetsbelastning, höga krav och lite inflytande på arbetssituationen som producerar tillstånd av utmattning och utbrändhet. I SOU 1999:66 framkommer att vårdpersonal, oavsett styrmodell, upplever en ökande arbetsbelastning, en ökad arbetstakt och ser arbetet som påfrestande, men också som mer meningsfullt i jämförelse med andra yrkesgrupper.

Förändringstakten har varit hög inom hälso- och sjukvården. Det har genomförts en mängd försök att utveckla verksamheterna genom t ex nya ekonomiska och administrativa styrsystem. Den kanske mest uppmärksammande ansatsen till förnyelse av den offentliga sektorn har sedan 1980-talet haft som mål att få villkor och organisationsideal att efterlikna de som finns i den privata sektorn. Så gott som samtliga sjukvårdsreformer runt om i Europa har inneburit ett utprovande av olika typer av marknadsorienterade lösningar. De marknadsmodeller som tagits i bruk har fokuserat relationen mellan verksamheter i sjukvården och dess omgivning. För detta ändamål har en mängd olika styrinstrument utvecklats för att skapa en intern konkurrerande marknad med internprissättning och konkurrensutsättning (Hasselbladh 1994). Genom att sammanföra produktionen av sjukvård med finansiella system i marknadsliknande former har t ex en struktur utvecklats med beställar- och utförarorganisationer. Inom ramen för detta har olika roller renodlats genom ett särskiljande av strategisk och operativ styrning

(Lind 1994). Dessa marknadsliknande arrangemang genomfördes i landstingets egen regi dvs i offentligt ägda och drivna enheter (SOU 1993:38).

En genomgång av olika forskningsrapporter, utredningar mm över organisatorisk omställning inom svensk hälso- och sjukvård under 1980- och början av 1990-talet, påvisade en ganska enhetlig bild av problemområdena inom svensk hälso- och sjukvård (Öhrming 1997). Det var de höga kostnaderna och finansieringssvårigheterna som skulle lösas. Olika landsting i landet utformade och prövade sina egna varianter av marknadsanpassade modeller för ny organisation och ekonomiska styrsystem. Effekterna av dessa modeller och styrsystem i hälso- och sjukvården har huvudsakligen studerats på en central, övergripande nivå. Vad som däremot kom att utspelas på den lokala arbetsplatsnivån vet vi mindre om. Det råder oklarhet kring vilka effekter och resultat dessa marknads- och konkurrensstrategier bidragit till i landstingen, både på makro- och mikronivån. De utvärderingar som genomförts ger varken stöd för eller motsäger reformerna (Anell 1995; Bergman och Dahlbäck 1995; von Otter 1995).

Försöken att omvandla den offentliga sektorn med idéer och koncept importerade från privat sektor har inte lett till några självklara framgångar. Ett huvudskäl, enligt Hasselbladh (1994), är att sjukvården och stora delar av övrig offentlig sektor saknar entydiga mått på intäkter som kostnader kan mätas mot. Men det finns skäl att också ifrågasätta en del av marknadsmodellernas övriga ingredienser, som t ex idén om den fritt väljande kunden (Rombach 1994). Trots kritiken tycks forskare dock vara tämligen överens om att förändringsförsöken påverkat den offentliga sektorn. Kostnadsmedvetenheten, som inte alltid varit så hög i vården, har exempelvis ökat, likaså medvetenheten om vikten av kvalitet av olika slag. Men det kan inte påvisas att denna medvetenhet i sin tur leder till en faktisk påverkan på ekonomi och/eller kvalitet i verksamheterna (SOU 1999:66).

Om man ser till det *vårdkedjekoncept* som var centralt i de projekt som ingick i Sjukvårdsprogrammet, kan detta knytas till den allmänna trenden att identifiera verksamheter inom den offentliga sektorn som kostnadseffektiva och kundfokuserade organisationer snarare än exempel på åstadkomna marknadslösningar.

Den största och mest långsiktiga förändringen av offentlig sektor, menar Jacobsson (1994), är att verksamheterna alltmer kommit att identifieras och betraktats som organisationer. Den bestående förändringen av sjukvården handlar då inte om huruvida marknadsmodeller fått genomslag eller ej, utan om att man inom sjukvården börjat identifiera sig själva – och börjat bli identifierade av andra – som *organisationer*. Som sådana kan vårdverksamheterna ses som avgränsade mot omvärlden, mätas med kvantitativa och kvalitativa mått gentemot andra organisationer och styras med strategier mot uppsatta mål. Här finns en klar koppling till idén om vårdkedjor. Införandet av vårdkedjor skall öppna för nya och alternativa sätt att organisera vården på, för att öka patientvärdet och få till stånd även andra värdehöjande insatser och därmed motverka gränser/revir



mellan organisatoriska enheter/yrkesgrupper och andra negativa följder av sjukvårdens funktionsindelade organisering.

Organisationstemat är emellertid inget nytt i sjukvårdssammanhang. Tidiga svenska studier av sjukvårdens organisering som kom att bidra till debatten på området var *Centrallasarettet* (Rhenman 1969) och senare *Sjukvård på löpande band* (Gardell och Gustafsson 1979). Eric Rhenmans idéer kring sjukvårdens förnyelseproblematik tog sin utgångspunkt i tanken att effektivitetsproblem var kopplade till organisationsstrukturer och maktens fördelning inom sjukvården och då främst konflikter mellan olika intressenter som politiker, tjänstemän, personal och patienter. Den andra studien, av forskarna Bertil Gardell och Rolf Å Gustafsson, kom mer att handla om sjukvårdens *taylorisering*. Gardell och Gustafsson tog som utgångspunkt de gängse administrativa styrsystemen och diskuterade dessa i förhållande till arbetsroller, arbetsinnehåll och arbetsmiljö för personalgrupper. De framhöll problemen med fragmentering och specialisering av arbetsuppgifter i kombination med avsaknad av integrerande mekanismer och helhetssyn på verksamheten. Sjukvårdens byråkratiska strukturer och dessas negativa inverkan på förutsättningarna för organisatorisk förnyelse, med konsekvenser både för personal och patienter, sattes i fokus.

Det tayloristiska organisationstänkandet ådrog sig mycket kritik, framförallt inom industrin där det hade sin upprinnelse. Studier från 1930-, 1940- och 1950-talet visade att det uppstod omfattande negativa effekter för människor som arbetade i tayloristiskt utformade organisationer, dels i form av kroppsliga förslitningar till följd av ensidigt arbete, dels i form av psykiska och sociala problem. Begreppet ”alienering” blev använt som en samlingsbeteckning på effekterna av starkt specialiserade och förenklade arbeten. I tillägg till de problem som uppstod för dem som utförde arbetet kunde man identifiera problem för verksamheten, särskilt när det gäller kvaliteten. Även om vården skiljer sig från det hårt tayloristiskt präglade verkstadsarbetet inom industrin, eftersom vårdarbetet i sig rymmer kvalitativa aspekter, hade de administrativa och byråkratiska strukturerna stora överensstämmelser. Det tayloristiska perspektivet på sjukvården blev aktuellt inte bara genom att det hade ett stort inflytande på och stor betydelse för synen på arbetet, men också genom att rationaliseringsarbetet i sjukvården under 1950-, 1960- och 1970-talet faktiskt gick i denna riktning.

## Är det annorlunda nu?

När vi nu passerat år 2000 är det en blandning av gammalt och nytt organisationstänkande vi ser. Hälso- och sjukvårdens omställning präglas fortfarande av marknadsstyrning och marknadsreformer, men vi går också mot gränslösa organisationer, dvs ett ökat samarbete mellan olika vårdgivare och professioner samt processorganisering av kärnverksamheten t ex i form av vårdkedjor. Till stora

delar är detta ett resultat av en allt tydligare fokusering på patienten i vården. En allt snabbare medicinsk utveckling har ställt ytterligare krav på nya behandlingsformer. Olika specialiteter kräver ökad samverkan och har t ex lett till etableringen av gemensamma kunskapscentra. Samarbete och helhetssyn på verksamheten har blivit ledord i dagens sjukvård.

Problematiskt är dock att de politiska lösningarna är inriktade på förändringar på den övergripande strukturella nivån och bortser från den lokala nivån. Förändringarna införs ovanifrån och ”trycks” ner i verksamheterna. Dessa förändringar, i form av modeller eller vårdprogram, har ofta ett innehåll som är detaljutformat, vilket bland annat får till följd att individerna inte har någon reell möjlighet att påverka sin egen verksamhet, eftersom allt redan är utformat och bestämt.

Inom sjukvården råder en form av tänkande som innebär att det organisatoriska beteendet bestäms av de ramar och specifikationer som de olika modellerna ger uttryck för. Samtidigt med denna detaljerade styrning av resurser m m råder extrem målstyrning genom olika ideologiska värden, t ex ”vård på lika villkor” och ”patienten i centrum”. För de ideologiska målen ges en total frihet, dvs få eller inga riktlinjer ges till hur detta skall gestaltas på det lokala planet. Dessa två verksamhetsmål ska hanteras i en organisation där personalen ofta uppfattar målen som direkt motstridiga.

När hårt specificerade begränsningar i form av ramar för verksamheten och stora icke konkretiserade mål möts utan att ges en organisatorisk lösning, överförs problematiken till nästa nivå. Det sker en individualisering av problemen. Individuella uttryck för detta är: distansering till de egna arbetsuppgifterna, frustration och känsla av att man är ett offer för omständigheter med obefintlig eller liten möjlighet till påverkan. Andra uttryck är aggressivitet som ageras ut eller kanaliseras inåt. Sammantaget kan detta leda till utbrändhet, något som också identifieras som ett problem i *Vårdens arbetshälsorapport* (2000).

Sjukvården är en starkt professionaliserad verksamhet. Man arbetar i vården i kraft av att man är läkare, sjuksköterska, paramedicinare osv. Den organisatoriska identiteten, att man identifierar sig som en del av en helhet, dvs av en organisation, är däremot ibland svagt utvecklad. Dock menar Jakobsson (1994) att den största och mest långsiktiga förändringen av offentlig sektor under de senaste decennierna har varit att olika verksamheter alltmer kommit att identifieras och betraktats som organisationer (se även s 8-9).

### **Nya villkor i vården**

Organisatoriskt sett har sjukvården blivit alltmer dynamisk. Även om personalen på arbetsplatserna arbetar under osäkra förhållanden, har osäkra jobb, nya arbetsroller, större risk och variation i de ordinarie arbetsuppgifterna etc, så har det öppnats nya möjligheter när de gamla tayloristiska och byråkratiska mönstren fallit samman. Antalet projekt och andra satsningar för att skapa bättre kvalitet i

vården, bättre fungerande organisationer och bättre integrering av och mellan verksamheter har ökat kraftigt. Det räcker emellertid inte att bara konstatera att antalet projekt växer efter lokala initiativ. Efter vart år som går då stadigt fler av vårdens personal använder alltmer tid på utveckling och organisering av arbetet, blir det än mer nödvändigt att resa och diskutera ett antal principiellt viktiga frågor kring utvecklingsprocesserna. Inte minst eftersom många av de förändringsaktiviteter som bedrivs stoppas upp, avstannar helt eller inte når så långt som man kunde ha önskat. Problemet inom sjukvården är inte, vilket nämnts tidigare, att få igång olika slag av förändringsarbeten, för detta sker i ett enormt tempo, utan *hur* arbetet ska bedrivas. Det finns en generell kritik inom sjukvården som bygger på erfarenheter ifrån tidigare förändringsarbete och som påtalar att centralt initierade och styrda förändringsprocesser är dåligt anpassade till lokala förutsättningar. I SOU 1999:66 gällande organisationsutveckling inom hälso- och sjukvården dras slutsatsen

”att utvecklingen av vården framöver bör ske med en långsiktig strategi och med en bred medverkan och delaktighet av vårdens alla personalkategorier. Kommittén vill framhålla att vårdutveckling och organisationsförändring är en del av vårdens vardag.”

Dessutom menar kommittén att utvecklingen av hälso- och sjukvårdens organisering i huvudsak bör ske efter initiativ på det lokala planet.

”De stora landsövergripande reformerna inom vårdens område bör följas av olika, lokalt anpassade, modeller för organisering av hälso- och sjukvård. Ett ökat samarbete mellan de olika huvudmännen samt mellan vårdgivare är troligen avgörande för att hälso- och sjukvården i framtiden skall vara effektiv och ha möjlighet att se till patienters och medborgares hela situation, vad gäller både hälsa och sjukdom.” (ibid s 188)

Ovanifrån och utifrån styrda förändringsstrategier förmår inte att i tillräckligt hög grad aktivera berörd personal i utvecklingsarbetet oavsett verksamhet. Det finns en positiv koppling mellan en hög grad av aktivering av chefer, anställda och fack i utvecklingsarbetet och resultat i form av ökad produktivitet (se Gustavsen m fl 1996). När det gäller hälso- och sjukvården finns det dessutom en stor förbättringspotential när det gäller kunskap om utvecklingsprocesser, dvs strategier, metoder, förhållningssätt osv. I sjukvårdsprogrammet reste vi t ex följande frågor:

- Är det förnuftigt att nästan all utveckling är så lokalt begränsad som den är idag? Kan det finnas fördelar av ett utvecklat samarbete där det finns bättre möjligheter att lära av varandras erfarenheter?
- Kan man på det hela taget finna förnuftiga lösningar på organisationsproblem utan att det sker en kontinuerlig prövning av ett brett spektrum av alternativ som kan diskuteras på gemensamma arenor?

- Varifrån skall de resurser tas som är nödvändiga för att driva lokal utveckling i en sektor där alla budgetmedel är bundna till lön och traditionell verksamhet?
- Kräver mobilisering av utvecklingsresurser en bredare offentlig diskussion och tydliggörande av utvecklingsprocesserna i hälso- och sjukvården än vad man har idag?
- Vem skall ta ansvaret för att ge diskussionen om sjukvårdens organisation en ”nationell regi”? Vilken roll kan och vill de centrala arbetsmarknadsparterna spela i dessa frågor?

De organisatoriska utvecklingsarbeten som sker måste lyftas fram mycket bättre än idag. Det behövs för att man skall kunna lära av varandra och för att komma vidare. Varken politiker eller andra vill ställa resurser till förfogande för utveckling i vården med mindre än att de får en mycket bättre förståelse av vad som faktiskt föregår: Vilka föresatser har man och vilken kraft finns när det gäller att skapa nya organisationsformer?

Idag saknas dock till stor del en empiriskt baserad forskning som kastar ljus över mötet mellan konceptdrivna modeller/trender och ett erfarenhetsbaserat pragmatiskt utvecklingsarbete på lokal nivå. Vad händer i praktiken på avdelningen inom sjukhuset, kliniken osv när de strukturella förändringarna bryter in i vardagsarbetet och vad utspelas när anställda arbetar lokalt med utvecklingsarbete? Detta är frågor som forskarna inom Sjukvårdsprogrammet arbetat med och förhoppningsvis kan denna bok stimulera och vara ett bidrag till diskussionen om hälso- och sjukvårdens organisation.

## Organisatoriska trender inför 2000-talet

Hur ser de organisatoriska trenderna ut inom hälso- och sjukvården? Genom att se lite närmare på de drygt 400 ansökningarna om deltagande som tillställdes Sjukvårdsprogrammet kunde vi konstruera en bild av detta, något som hade betydelse för programmets vidare arbete. I en analys av projektmaterial (Öhrming 1996) framträdde följande bild:

Den övervägande delen av ansökningarna kom från landstingen och enbart ett fåtal från primärkommunerna. Med tanke på att kommunerna bär ansvaret för den växande äldreomsorgen samt för vård i hemmen så borde även dessa rimligtvis ha ett stort utvecklingsbehov, vilket dock inte återspeglades i ansökningarna till programmet. Att sjukvårdsprogrammet betonade samarbete och samverkan mellan olika huvudmän var inte heller något som fått genomslag i ansökningarna. Endast 15 ansökningar var gemensamma ansökningar från olika huvudmän. Den vårdverksamhet som berördes i projekten handlade istället huvudsakligen om patientansvariga verksamheter inom somatisk vård på en enhet, t ex en medicin-

klirik. Relativt få projekt hade vidare planerats för en längre tid än två år. Det var huvudsakligen ledningen som låg bakom ansökningarna och endast ett fåtal ansökningar hade förankrats hos fler parter än en.

Ett första konstaterande är således att den utveckling som Sjukvårdsprogrammet ville stödja på intet vis utgjorde huvudfrågan i de projekt som presenterades i ansökningarna. Tvärtom lyste programmets idéer om nya organisationsformer med sin frånvaro. Man kan alltså hävda att programmet uppenbarligen behövdes som ett initiativ till och en påskyndare av vårdens organisatoriska förnyelse.

Projektbeskrivningarna gav en samstämmig problembild av hälso- och sjukvården, som påtalade följderna av en försämrad ekonomi, resursnedskärningar och ett allmänt förändringstryck och hur detta framtvingat förändringar på alla nivåer. Projektansökningarna framhöll vidare den långtgående tekniska och medicinska utvecklingen samt ett allmänt ökat vårdbehov i kombination med personalproblem. Andra generella inslag var ökade krav på information och delaktighet från personal och patienter. Fem förklaringsfaktorer utkristalliserades ur vilka man kan härleda vårdorganisationernas problem:

- 86 projekt härledde vårdorganisationens problem till brister och/eller förändringar i övergripande organisatoriska arrangemang som mål, strategier, strukturer, osv;
- 21 projekt kopplade problemen till brister och/eller förändringar i sociala förhållanden, som i sin tur härleddes till kultur, interaktion och kommunikation;
- 107 projekt härledde problemen till brister och/eller förändringar i arbetsorganisatoriska/tekniska förhållanden (system, tjänster, processer);
- 11 projekt, dvs ett litet antal, ansåg att problemen uppstått till följd av brister och/eller förändringar i fysiska förhållanden (rum, tid);
- 167 projekt, dvs flertalet, härledde vårdorganisationens problem till bristande kunskaper och kompetens hos personalen eller till bristande möjlighet att utbilda och förkovra sig.

Så gott som alla projekt syftade huvudsakligen till att förbättra kvaliteten på verksamheten. I ett stort antal projekt (118 st) skulle detta ske genom kompetens- och kunskapshöjande åtgärder samt genom förbättrat ledningsarbete, arbetsorganisation och arbetsprocesser (i 96 fall). Ytterst få ansökningar angav effektmål där graden av måluppfyllelse kunde mätas.

De arbetsformer som skulle brukas i projektarbetet var ofta en kombination av olika metoder. Tvärfunktionella arbets- och projektgrupper angavs som huvudsaklig metod, något som också var en bärande idé i Sjukvårdsprogrammet och ett i inbjudan uttalat krav för deltagande. Annars dominerade mer traditionella former av utbildning och träning av egen personal.

Hur projekten skulle utvärderas var oklart, klart var dock att en utvärdering skulle ske. På samma sätt angav man i projekten att resultaten skulle spridas men inte hur en spridning skulle komma att genomföras.

Sammanfattningsvis speglar ansökningarna till programmet en allmän bild av utvecklingen inom svensk vårdverksamhet under 1990-talet. Främst gällde det den ekonomiskt drivna och omfattande *centraliseringen* inom landstingen. En tydlig *integrering av enheter* på alla nivåer påvisades liksom de *krav på kompetens* och extra stimulans för personalgrupper som detta fört med sig. Anmärkningsvärt är att endast 20 procent av projektansökningarna omfattade Sjukvårdsprogrammets primära syfte – att utveckla nya arbetsformer med patientens samlade behov i centrum. Ännu färre projekt (mellan 0 – 20 %) hade ambitionen att arbeta med nätverksliknande samarbetsformer.

Varför endast ett mindre antal projekt ville arbeta med patientorienterade vårdformer finns det säkert många förklaringar till. En förklaring är att det krävs en mer omfattande och genomarbetad organisering av utvecklingsprocesserna för att klara av ett samarbete på tvärs över olika verksamheter, något som inte alla mäktar med. Detta kan också vara anledningen till det låga antalet projekt med nätverksformer. Det krävs både tid och kraft att etablera arbetsrelationer på nya områden eftersom de interorganisatoriska strukturerna, om de finns, är svaga och outvecklade.

Sjukvårdsprogrammet var i detta sammanhang – vad gäller utveckling av sjukvårdens organisation – en liten, begränsad programsatsning av de nationella aktörerna. Det var emellertid ett innovativt försök till att stimulera en *inifrånstyrd process*, baserad på dialoger över etablerade gränser kring aktuell vårdproblematik. Hur ett program av denna sort skulle konstitueras och operera var dock tämligen oklart. Sjukvårdsprogrammet kom under arbetets gång också att konfronteras med att programformen inte levde upp till kraven på att bidra till skapandet av en utvecklingsdynamik. Det kan därför vara meningsfullt att kortfattat skissera de olika steg programmet genomgick under sin verksamhetstid.

## Sjukvårdsprogrammets faser

Förändrings- och utvecklingsprocesser som sker i programform kan beskrivas genom att identifiera faser i processen. I varje utvecklingsfas finns det en speciell dynamik och därmed specifika problem av strategisk art att hantera. Faserna kan utkristalliseras utifrån en tidsaxel som beskriver när olika betydelsebärande aktiviteter aktualiserades och genomfördes i programarbetet. Självfallet är en del av dessa faser cirkulära och följer således inte ett linjärt mönster, medan vissa faser faktiskt måste gås igenom före det att andra kan ta vid. De faser som programmet ledningsgrupp enades om efter en kollektiv reflektion beskrivs i det som följer.

*Den första fasen* var en *idéfas* som pågick under åren 1993 – 1995. Motiven till att starta ett samverkansprogram varierade beroende på hur de olika förbunden/facken såg på vårdens utvecklingsbehov. Idéfasen var till stor del en diskussionsfas som hade stor betydelse för hur idégenereringen skedde och hur probleminventeringen gick till. Viktiga frågor var: Vilka erfarenheter och kunskaper från de deltagande aktörernas egna organisationer bestämde inriktningen av samverkansprogrammet? Vilka var med och diskuterade? Fanns det ett brett deltagande ifrån den egna organisationen eller var programarbetet ett ensamt expertåtagande? Vilka kunskaper och erfarenheter ansågs vara relevanta och kunna ligga till grund för en programsatsning? En begränsad idédiskussion bland ett fåtal personer kan i nästa led, i genomförandet av programmets aktiviteter, innebära att en svag förankring har skapats i de bärande organisationerna. Har ett program alltför få relationer med sin omgivning uppstår problem då de erfarenheter och kunskaper som programmet genererat ska spridas.

Arbetsmiljöfonden hade under åren bidragit till en rad programsatsningar om arbetsorganisatorisk utveckling på arbetsplatser inom olika branscher. Arbetsmarknadens parter ville nu genomföra ett riktat arbetsorganisatoriskt utvecklingsprogram fokuserat på sjukvårdens egna behov och förutsättningar. Programmet kom heller inte att länka sig till det då existerande Arbetsmiljörådet inom sjukvårdssektorn. Här skedde således ett skifte från att tänka ”arbetsmiljö” till att identifiera ”utvecklingsarbete”. Utvecklingsfrågornas växande betydelse medförde att projektstöd i form av nätverk kom att introduceras i diskussionerna.

*Fas två* kan beskrivas som en *planeringsfas* och löpte under samma tidsperiod som fas ett. Under denna tid konstituerades ledningsgruppen i sin första form. Frågan om hur sekretariatet skulle se ut löstes, programramar fastställdes, osv.

*Den tredje fasen* var en *annonserings- och sökfase* som löpte under 1995. Informationen om programmet och inbjudan till deltagande skickades ut både till offentliga och privata vårdgivare. Alla som bedrev hälso- och sjukvård inom landstingskommuner, primärkommuner och privat verksamhet skulle kunna delta med projekt.<sup>2</sup>

*Fas fyra* utgjordes av den första *urvalsfasen*. När anmälningstiden gått ut i oktober 1995 hade 410 anmälningar om deltagande i programmet lämnats in. Ett

---

<sup>2</sup> Detta är en vanlig modell, något av en standard för FoU-program. Projekten sprids över hela landet utan någon tanke på inbördes relationer, vilket blir än tydligare när ett litet antal projekt sedan skall väljas från en mängd projektansökningar. En fråga för framtiden är om det verkligen är en effektiv strategi för utveckling av arbetslivet att, som i detta fall, anta 15 projekt och avvisa resten, ca 400 stycken. Alternativ till detta börjar växa fram idag. De nya programmodellerna är mer sammanhållna i sina relationer och har ett tydligt utvecklingsperspektiv. Programstrukturen tjänar då syftet att bidra med en utvecklingsstruktur eller utvecklingsprocesser som kan fortleva efter programmets slut. Sjukvårdsprogrammet kom emellertid under sin operativa tid att etablera programstrukturer som syftade till att stödja relationsbyggande och fortsatta utvecklingsprocesser.

urval av dessa 410 skriftliga projektansökningar skulle leda till att man antog 15 projekt. Principerna för urval diskuterades i ledningsgruppen. Programmet utvecklades av detta i sina bärande idéer genom att gruppen tvingades diskutera innehåll och tydliggöra de egna perspektiven. Ledningsgruppen enades så småningom om ett antal kriterier som skulle ligga till grund för urvalet av projekten. Följande ställdes upp som krav:

- Utvecklingsprojekten skulle drivas utifrån en helhetssyn och leda till nya former för verksamhet och organisation;
- Patientens samlade behov skulle stå i centrum;
- Projekten skulle vara tydligt förankrade, såväl hos ledning som hos berörd personal;
- Samverkan kring patientens vårdkedja skulle prägla utvecklingsarbetet. Projekten skulle handla om vissa utvalda vårdkedjor/processer och om de verksamheter som berörs av dessa;
- Projekten skulle ha väsentliga beröringspunkter med andra projekt inom programmet och därmed kunna ingå i ett nätverk;
- Programmet skulle bidra till att göra bra projekt bättre, dvs ekonomiskt bidrag fick inte vara en förutsättning för att det aktuella projektet skulle komma till stånd.

Under *fas fem tecknades kontrakt* med de ingående projekten. En serie arbetsplatsbesök genomfördes hos de projekt som bedömdes vara aktuella i syfte att få en fördjupad dialog om projektkriterierna. Under denna fas försökte programledningen på olika sätt få en bättre genomlysning av projekten, t ex deras möjligheter att etablera samarbetsrelationer. Diskussioner fördes också kring medeltilldelningen i relation till vad det var man faktiskt ville åstadkomma. Avtal om samarbete skrevs med 15 projekt.

*Fas sex* kan kallas *inriktningsfasen*. Under denna fas bearbetades projektens problem, t ex med att organisera utvecklingsarbetet, med brister i förankringen av projektet, med projektledning och styrgrupper och inte minst deras behov av en tydligare avgränsning av projektarbetet, dvs klassiska problem när det gäller att bedriva lokala utvecklingsprojekt. Programmet initierade en rad dialoger med projekten och projektledarna.

*Fas sju* utgjordes av *driftsfasen*. Under denna skedde en ytterligare rekrytering av projekt i Norrland. Forskare knöts till programmet. Regelbundna programaktiviteter genomfördes. Specifika projektledarträffar startade i programmets regi. Det fanns en stor spridning i hur väl projekten och nätverken utvecklat sitt kunnande i utvecklings- och förändringsarbetet. Programmet uppmuntrade projekten till lokal spridning och nätverksbyggande med sin omgivning. Programmet initi-



erade också en diskussion med projekten om att de senare skulle skriva och dokumentera projektarbetet.

*Fas åtta* slutligen kan kort och gott benämnas *avslutningsfasen*. Programmet inriktade sig här på att stödja skrivandet av slutrapporter i de olika projekten. Programmets aktiviteter inriktades mot att diskutera resultat och fortsatt utvecklingsarbete. De frågor som togs upp var: Vad är ett bra resultat? Hur beskriver vi det? Hur kan vi mäta resultatet? Hur går vi vidare i vårt utvecklingsarbete efter programmet? Den kanske viktigaste frågan gällde spridningen av programmets erfarenheter och hur dessa på bästa sätt kunde förvaltas, inte bara av projekten, utan av programmets initiativtagare, dvs arbetsmarknadens parter.

## Forskning inom programmets ram

Programmets faser kommer att beröras ytterligare direkt eller indirekt i de kapitel som skrivits av de olika forskare som arbetat tillsammans med projekten. Framförallt så kommer drifts- och avslutningsfasen att vara i fokus. I dessa kapitel, beroende på samspelet mellan forskarna och projekten, kommer olika bilder och tolkningar av programmet att växa fram. Boken återspeglar olika aktörers medverkan i programmet genom de möten och reflektioner som deltagarna ställts inför i utvecklingsarbetet.

Det bör redan här påpekas att det inte finns någon enhetlig uppfattning om Sjukvårdsprogrammet, till det var det alltför komplext. Det finns heller inte *en* överordnad teoretisk förklaring till vad som utspelats i de praktiska utvecklingsprojekten. Detta kan visserligen uppfattas som en brist och ett tecken på otydlighet, men det är likväl här som programmets styrka återfinns. Ett program som avser stödja lokal utveckling måste ta sin utgångspunkt i den praktik som finns, med dess mångfald av personer, erfarenheter och situationer.

Sjukvårdsprogrammet var till en början ett renodlat utvecklingsprogram. Att som i detta fall i efterhand koppla forskare till ett pågående utvecklingssammanhang kräver viss eftertanke. Är utvecklingsaktiviteterna i projekten och i själva programmet rimligt hållbara, dvs pågår det intressanta processer som forskare kan delta i och lägga ett forskningsperspektiv på? Det är heller ingen självklarhet att arbetslivsforskningen kan bidra till att lösa de praktiska problem som anställda brottas med, eller ens vara behjälplig i detta arbete. För att forskning skall tillföra kunskap till en praktik krävs en genomtänkt organisering av själva forskningsprocessen. Forskarna måste på ett eller annat sätt komma i samspel med praktiken. Den forskning som bedrevs i detta program utgick ifrån erfarenheter i praktiken. Genom att belysa och synliggöra den problematik som ligger i det praktiska genomförandet av lokala och regionala förändringsarbeten i en reflekterande gemenskap (se Schön 1983), kan forskarna bidra till en reflekterad kunskaps- och teoriutveckling.

Samtidigt som forskningen tillför ett kritiskt perspektiv på utvecklingsprocesserna kommer den också att delta i en konstruktionsprocess tillsammans med andra aktörer. Utgångspunkten är att individer skapar mening i tillvaron och bygger en praktik genom att interagera med andra aktörer. Detta ställer krav på forskningens organisering och på den kunskapssyn forskarna själva är bärare av. Att ingå i en gemensam kunskapsbildningsprocess innebär att forskarens kunskaper inte väger tyngre eller ses som mer relevanta än andras kunskaper, vilket i sin tur är ett demokratiskt mål i sig. Här samspelar dessutom detta synsätt med behovet av självorganiserade processer där alla deltagare är handlande subjekt och fullvärdiga medborgare (se Eikeland och Finsrud 1995).

Forskningen var i vårt fall således inte teoridrivnen utan ett exempel på en praktikorienterad forskning, som till vissa delar även var starkt handlingsorienterad. Forskarna kom i olika grad att delta i projektens utvecklingsarbeten. Några forskare praktiserade aktionsforskning medan andra hade ett mer distanserat akademiskt förhållningssätt i sin forskarroll (se Whyte 1991; Toulmin och Gustavsen 1996; *Human Relations* 1993).

Den forskargrupp som bildades organiserades som ett samarbete mellan forskare från Arbetslivsinstitutet, från CORE (Center for Research on Organizational Renewal) vid Chalmers tekniska högskola, från Institutionen för arbetsvetenskap vid Luleås tekniska universitet och Institutionen för arbetsvetenskap vid Karlstads universitet. Gruppen hade en inre kärna av fem forskare medan ytterligare fem forskare engagerades för vissa uppgifter eller deltog under en viss tid av programmet.

Sjukvårdsprogrammet var inte det första i sitt slag att koppla samman forskning och utveckling i praktiska försök, utan byggde vidare på en skandinavisk tradition där relationen mellan forskare och praktiker varit central för kunskapsbildning och praktisk förändring (se Gustavsen 1992; Naschold 1993; Toulmin och Gustavsen 1996; Gustavsen m fl 1998; Alasoini 1998; Gustavsen m fl 2001). Det är emellertid fortfarande så att dessa aktionsinriktade forskningsprogram ligger vid sidan av "huvudfåran" i den arbetslivsforskning som pågår och de bryter ständigt ny mark när det gäller forskningens organisering.

Sjukvårdsprogrammet har dock inom sitt område varit unikt som program betraktat. Här har de centrala arbetsmarknadsparterna brutit ny mark och gett legitimitet till utvecklingsprocesser som är både svåra att mäta, att beskriva och att förklara med ord för personer som själva inte har någon erfarenhet av utvecklingsprogram av den typ som Sjukvårdsprogrammet representerade.

## Sjukvårdsprogrammet som ett nätverk av relationer

Sjukvårdsprogrammets viktigaste funktion var att erbjuda en utvecklingsstruktur som förmådde tillåta och stötta en omvandling av olika perspektiv och synsätt,

men som också möjliggjorde nya handlingsalternativ. Programmet avstod, som tidigare nämnts, medvetet ifrån att leverera färdiga lösningar på vårdproblemen. Tvärtom uppmuntrade programledningen till eget reflekterat sökande tillsammans med andra för att hitta fram till egna ställningstaganden.

För att lyckas med detta egna sökande behövs relationer mellan människor. Detta påpekande må uppfattas som en truism, men är inte desto mindre centralt. Ett eget sökande efter kunskap tillsammans med andra börjar med det personligt upplevda. Det är i kraft av att vi är personer med unika erfarenheter och tillägnade kunskaper som vi deltar i ett utvecklingsarbete, och inte för våra roller eller för vad vi representerar.

Vi kan här tala om ett personliggörande av människan bakom rollen. I sjukvårdens allmänt hierarkiska ordning är personliggörandet kanske en av de viktigaste frågorna när det gäller nydaningen av vårdens organisering. För att kunna "mötas" som personer utan roller att ta skydd bakom och för att "våga" delge andra våra personliga erfarenheter och upplevda känslor, till det fodras en ömsidighet i relationerna. Försöken med meningsskapande dialoger inom Sjukvårdsprogrammets ram byggde på idéer om verkligheten som socialt konstruerad. Ser vi på hälso- och sjukvården med detta perspektiv finns det inget rätt eller fel och vad som är bra eller dåligt är ett resultat av en process där människor i interaktion med varandra skapat och använt en gemensam måttstock för sina handlingar. Vad vi eftersträvade med Sjukvårdsprogrammet var att skapa nätverk av relationer utifrån vilka gemensamma uppfattningar och en känsla av meningsfullhet vad gäller utveckling av vården kunde ta form. Uttrycket eller begreppet "*relational responsibility*" fångar just detta; hur människor tillsammans kan upprätthålla förutsättningar för en process som förmår konstruera mening och moral. "Responsibility", eller ansvar på svenska, är en nödvändig resurs i dessa dialoger genom sin förmåga att upprätthålla och stödja meningsskapande processer istället för att försvåra och förstöra dem (se McNamee och Gergen 1999).

Sjukvårdsprogrammet kan förstås som en "relationsmiljö". Med hjälp av en för ändamålet konstruerad utvecklingsstruktur, i vilken ett relationsbyggande kunde ske med nya kopplingar mellan människor, organisationer och institutioner, kom deltagarna och deras organisationer att förändras och omformas. En fungerande utvecklingsstruktur är således något mer än bara en struktur; den är snarare att betrakta som en plattform som ger förutsättningar för utvecklingsprocesser och utvecklingsdynamik.

Det visade sig att de specifika organisatoriska strukturer som etablerades kom att användas som en hävstång av de ingående organisationerna för att de skulle bli mer utvecklingsorienterade i sina hemmaverksamheter. En välkänd problematik från allt förändrings- och utvecklingsarbete är att det löpande arbetet i verksamheten alltid prioriteras och utvecklingsfrågorna av denna anledning inte hinns med. En annan erfarenhet är att mer innovativa förändringar, dvs förändringar

som bryter med de för organisationen traditionella mönstren, försvåras av hierarkiska och byråkratiska strukturer. Vidare vet vi sedan tidigare att organisationsbeteendet i alltför hög grad kopplas till formell position i hierarkin snarare än till individens faktiska bidrag. Att förnya och förändra verksamheten har vanligtvis varit förbehållet ett fåtal, ofta begränsat till ledning och experter i stabsfunktion, men detta håller nu på att förändras på bred front. Dock inte utan problem. Svårigheter uppstår t ex när ett utvecklingsarbete etableras som ska ske vertikalt, horisontellt och diagonalt i organisationerna. Samverkan i nätverksliknande relationer mellan organisationer sätter ytterligare press på organisationers kapacitet att ingå i nya typer av arbetsformer.

Ett sätt att förstå varför denna problematik uppstår är att dela in de arbetsuppgifter som utförs i en organisation i två huvudkategorier (Pålshaugen 1998). Den ena är operativa arbetsuppgifter som utförs för att framställa en tjänst eller producera en vara. Den andra är utvecklingsuppgifter som är inriktade på att förbättra förutsättningarna för det operativa arbetet. Gemensamt för arbetsuppgifterna är att de behöver organiseras. På samma sätt som kärnverksamheten (de operativa uppgifterna) är organiserad kan en medveten organisering av ett företags/myndighets/förvaltnings utvecklingsprocesser och utvecklingsarbete ske, dvs man kan formera en utvecklingsorganisation (se Engelstad 1995; Ekman Philips och Rehnström 1996; Pålshaugen 1992, 2000).

En utvecklingsorganisation kan (och bör) på samma sätt som en produktionsorganisation omfatta alla anställda. Ett sätt att säkerställa detta är att lägga en utvecklingsdimension till det enskilda arbetet, så att innehållsmässigt nya komponenter kan byggas in i arbetet. I vården kan det t ex handla om planering, uppföljning och utvärdering av arbetet. I en utvecklingsorganisation kan man stödja dessa processer genom att etablera strukturer, skapa mötesplatser, aktiviteter etc som möjliggör en diskussion bland alla anställda om hur man kan utveckla verksamheten. I en utvecklingsorganisation kan man ifrågasätta om de personer som bör vara med i utvecklingsarbetet finns där eller om det finns andra personer som kan föra arbetet vidare och som därför bör ingå i diskussionen. Man kan också se över de regler som styr kommunikationen för att bättre ta till vara varandras kompetenser.

Med organiserade samtal, dvs samtal som är länkade till verksamhetens formella beslutsstrukturer, kan samtalen lättare resultera i en förändrad praktik och därmed säkerställa att man går från ord till handling. De vardagssamtal om arbetet som förs i verksamheten stannar oftast vid just prat och på så sätt missar man den handlingspotential som ligger i vardagssamtalen (Räftegård 1998; Pålshaugen 1992)

Sjukvårdsprogrammet syftade till att stödja självorganiserade processer och nya samarbetsmönster i sjukvården. För att uppnå detta var det viktigt att få till stånd ett meningsfullt lärande som kunde utgöra grund för och leda till praktisk

handling. För att nå dithän prövades olika former av dialoger och reflektioner i utvecklingsprocesserna och en relationsmiljö skapades. Ett viktigt inslag i detta var att basera den kollektiva undersökningen på deltagarnas frågor. Att arbeta med deltagarnas frågor och inte bygga på auktoriteter i form av expertuttalanden, var ett sätt varpå den kollektiva kunskapsbildningen understöddes.

## Dialoger och arenor som arbetsform

Sjukvårdsprogrammet arbetade med förändringsstrategier som stödjer en hög aktiveringsgrad bland den arbetande personalen i systematiskt upplagda förändringsprojekt. Projekten fick karaktären av *erfarenhetsbaserad* utvecklingsstrategi. Det var den praktiska erfarenheten som skulle ligga till grund för aktiviteter och lärande inom programmet. Genom breda utvecklingsprojekt, till skillnad från expertdrivna utvecklingsprocesser, ville programledningen ge möjlighet för personalgrupper att själva utveckla arbetet, genom att ingå i det som Donald Schön (1983) och Peter Reason (1999) kallat ”reflekterande gemenskaper”.

Sjukvårdsprogrammet var genomgående organiserat i olika typer av *arenor* där konstruktiva och kritiska diskussioner och dialoger mellan de olika deltagarna kunde föras. På dessa arenor kunde deltagarna diskutera egna praktiska erfarenheter av utvecklingsarbete. Det var också möjligt att möta andra aktörer, inte bara från de deltagande projekten utan också lokala politiker, beslutsfattande tjänstemän osv, dels i syfte att bredda idé- och erfarenhetsutbytet och dels för diskutera vårdens utvecklingsbehov utifrån ett större lokalt och regionalt perspektiv. I en sådan kollektiv undersökning, som utspelar sig i verkliga situationer, kan alternativa handlingsalternativ skapas, testas i praktiken och etableras som en ny praktik för arbetet. Tanken med programmet var att stödja ett lärande genom reflekterande dialoger och koppla detta till en handlingsstruktur så att insikt och handling blev en dialektisk process.

Sjukvårdsprogrammets verksamhet organiserades och arbetade mer specifikt i de arbetsformer som beskrivs nedan.

### Dialoger med lokala projekt

De lokala projekten i programmet besöktes regelbundet, minst två gånger per år, av programsekretariatet. Ofta deltog någon från ledningsgruppen och om det gick att arrangera deltog dessutom någon representant från något av de andra ingående projekten. Dessa diskussioner öppnade för en reorientering av projektens förändringsstrategi på basis av de erfarenheter som gjorts i utvecklingsarbetet. Mötena var konsultativa till sin karaktär, och inte tänkta som en form för revision från programledningen. I samtalen med de lokala projekten om det lokala utvecklingsarbetet deltog alla de olika yrkeskategorier som var aktiva i projektarbetet för att på så sätt fånga skillnader i perspektiv och få en mångfald av erfarenheter

diskuterade; en form av kollektiv undersökning. Dessa fortlöpande samtal blev till en lärprocess i vilken olika handlingsalternativ undersöktes. Ständigt återkommande teman i dessa träffar var förekomsten av utvecklingsorganisation och förankring av projektet i ledningsstrukturen. Frågor kring hur man bedriver lokalt utvecklingsarbete fördes utifrån ett deltagardemokratiskt perspektiv, med bred medverkan av alla berörda i utvecklingsarbetet.

Ett exempel som kan illustrera programmets pedagogiska arbetssätt är hämtat från ett arbetsplatsbesök som genomfördes av en av programsekreterarna tillsammans med en projektledare från ett annat projekt. Medlemmarna i den lokala projektorganisationen hade samlats till mötet. Aktuellt tema var svårigheter med projektets förankring i organisationen. Programsekreteraren var kritisk till projektet i denna fråga vilket deltagarna delvis hade svårt att ta till sig. Efter mötet gjorde den externa medföljande projektledaren följande reflektion till programsekreteraren:

”Detta var otroligt, när du gav mig och vårt projekt en liknande återföring var det så svårt för mig och de andra att ta till oss det du sa. Jag kände igen våra reaktioner i hur dessa personer reagerade på återföringen. Hur svårt det är att kunna ta emot en kritisk återföring. När jag hör denna kritiska återkoppling igen, men nu ställd till ett annat projekt, verkar kritiken vara så uppenbart berättigad. Jag har lärt en hel del av detta.”

Oavsett om kritiken var ”sann”, eller om den kanske framfördes på ett mer konstruktivt sätt av programsekreteraren denna gång, så är det själva reflektionen som projektledaren gör som är det intressanta. Genom att ”se” andra kan vi känna igen oss själva och lära av det som utspelats.

Förhoppningen med programmet var att det skulle generera en mängd lärtillfällen av det slag som exemplet ovan illustrerar. Tillfällen till meta-reflektioner kring hur vi kan lära om lärandet i ett utvecklingsarbete gavs löpande.

## **Dialoger med projektledare**

Efter en tid framkom ett behov av att samla endast projektledare till särskilda träffar. Diskussionerna i dessa projektledarträffar var framförallt koncentrerade till problemen med att förankra och driva projekten framåt kopplat till projektledarrollen. På denna arena problematiserades ledarskap kopplat till utvecklingsarbete där frågor om legitimitet var centrala. Projektledarrollen visade sig vara komplex. Projektledarna hade i många fall en svår situation och roll på grund av att de hade svag anknytning till beslutsstrukturen och ibland även oklart mandat för sitt uppdrag. Delvis berodde detta på att projektledarna hade en formell position i organisationernas mellanskikt och att de inte representerade läkarna. De fick heller inte något speciellt stöd från ledningen för sin uppgift på hemmaplan. Projektledarnas situation kännetecknades ofta av en hög grad av stress till följd av höga krav och dåligt utformad stödstruktur. Inte alla projektledare hade heller

någon tidigare projektledarvana. Några projektledare var dock vad man kan kalla ”projektrallare”, dvs personer som hade till huvuduppgift att driva olika typer av projekt. Bland dessa fanns en hög kompetens gällande förändrings- och projektarbete. Retroaktivt kan vi konstatera att projektledaren är en nyckelfaktor för projektframgång. Det är därför möjligt att programmet hade vunnit på att initialt genomföra någon form av utbildningsinsats riktad mot projektledare.

Projektledarna hade således behov av att träffas för att utbyta idéer och erfarenheter från sina uppdrag men en stor del handlade också om att få stöd av andra i samma situation. Flera av projektledarna kom att utgöra ett kraftfullt professionellt och personligt stöd till varandra under programtiden.

### **Dialoger i programkonferenser**

Två gånger per år anordnades storträffar där hela projektgrupperna från samtliga projekt genomförde ett tvådagars internat. Dessa storträffar arrangerades för att få igång breda dialoger och på så vis en breddning av erfarenhetsutbytet. Ett större flöde av idéer och oväntade möten med andra projekt gjorde att det egna projektet ställdes mot en fond av utvecklingsaktiviteter. De problem som de enskilda projekten brottades med utgjorde ett tydligt mönster. Nya kopplingar kunde göras mellan idéer och mellan deltagare. På samma sätt som tidigare var det deltagarnas egna erfarenheter som skulle belysas och diskuteras. En pedagogisk form nyttjades som utgick ifrån arbetserfarenheten och tog sin utgångspunkt i dialogen som kollektiv kunskapsbildningsprocess. Det var den lokalt bundna erfarenheten och utvecklingsprocessen och inte generell/universell kunskap som skulle diskuteras och ligga till grund för arbetet som utfördes under konferensen. Inga föreläsningar förekom således som inte direkt var kopplade till erfarenheter från utvecklingsarbetet. I dessa kunskapsbildningsprocesser baserade på ett kollektivt undersökande ses deltagarna som handlande subjekt i sin egen utveckling (se t ex Gustavsen 1992).

Bengt Molander har skrivit om dialogens betydelse för kunskap i handling (1993) på ett sätt som väl sammanfattar den ambition som fanns med Sjukvårdsprogrammet. Molander menar att dialogen bygger på att deltagarna har kunskaper och insikter som de inte är medvetna om. Frågor, svar och reflektioner ska lyfta fram icke reflekterad kunskap och göra den tillgänglig. Dialogen syftar till att ge insikter om det egna jaget och inte till att kritisera den andre. Kunskapen i dialogen är inte objektiverad och inte heller objektiverande. Den är knuten till personerna i dialogen.

Fem storträffar genomfördes under programtiden. Träffarna var lite trevande och sökande vid de första tillfällena, men efter hand som programmet utvecklades blev dialogformerna accepterade och uppskattade.

En sjuksköterska formulerade dialogens betydelse för att skapa kunskap i handling när hon beskrev hur hennes deltagande i programmet gett uppslag till nya arbetssätt för att arbeta med utvecklingsfrågor:

”MÖTEN – möten mellan människor förändrar och vidgar. Här menar jag möten mellan människor.”

Denna betoning på att det är människor som möts och inte de formella rollerna, har varit ett av det mest betydelsefulla inslagen i programmet. Det är människor som lär och utvecklas i möten. En undersköterska formulerar sig på samma tema:

”Jag har fått inspiration och nya idéer från träffar med nya människor. Möten på alla plan har inneburit en kick och ökad energi. Stimulans genom ny kunskap och erfarenhetsutbyte vilket medverkar till lust att fortsätta med utvecklingsarbete.”

Dessa uttalanden beskriver vad flertalet av deltagarna sett som väsentligt med deltagandet i programmet, eller som en läkare uttryckte det:

”Det är det samlade paketet (programmets alla arenor) där ’Mötet’ varit betydelsefullt...”

### **Dialoger i regionala nätverk**

För att erfarenhetsutbytet mellan projekten även skulle utvecklas till ett arbetande nätverk var programmet organiserat i fem nätverksbildningar. Poängen var att stödja en självorganisering av utvecklingsarbetet genom att projekten löpande skulle handleda varandra, sätta begrepp på gjorda erfarenheter och tillsammans utgöra en aktör i vårdens utveckling i t ex regionen.

Fokus är här flyttat till nätverket som utvecklingsinstrument. Det var dock fortfarande erfarenheter ur de lokala utvecklingsprojekten som låg till grund för nätverksarbetet. Poängen var att åstadkomma en fördjupad kollektiv läroprocess som på ett systematiskt sätt kunde pågå över en längre tid. Tanken var att projekt som samverkade i ett nätverk kunde utgöra en tyngre aktör och som sådan stå starkare i de strukturella förändringar som pågår i t ex en region. Projekt i nätverk kan också hantera problemet med inkapsling. Enstaka projekt som bryter med sin omgivning genom att vara annorlunda, genom att t ex pröva en ny arbetsmetod, har ofta misslyckats med att sprida sina resultat och i stället kapslats in för att till sist återgå i tidigare former (Stjernberg 1993). Projekt som ingår tillsammans med andra projekt i nätverkskonstellationer kan bryta detta mönster genom att man inte står ensam utan är fler som skiljer ut sig och prövar nya vägar.

Programmets nätverksbildningar kom att utvecklas ganska olika. Några blev arbetande nätverk där summan av vad de presterade var något annat än vad de



enskilt klarade att upparbeta. Andra levde en tynande tillvaro och självdog som arbetsform.

### **Dialogbaserade regionala utvecklingskonferenser**

Dialogbaserade utvecklingskonferenser, frukostmöten eller andra fora för samtal med ledande tjänstemän och politiker i regionen, är en metod som här användes för att få till stånd möten där värdet av de lokala förändringsprocesserna diskuteras utifrån den inriktning av vården som de centralt formulerade besluten gav. En integrering och samordning av aktiviteter i regionen skulle på så sätt kunna ske för att bättre klara uppsatta mål. Här blev regional utveckling det mål som programmet opererade mot. Programmets syfte var att visa att utveckling av intern arbetsorganisation, i detta fall patientorienterade vårdprocesser, behövde länkas till en regional utveckling av vården så att aktörer från vårdens olika verksamheter kunde samordna sina resurser och utvecklas utifrån egna förutsättningar (se Ennals och Gustavsen, 1998; Shotter och Gustavsen 1999).

Ett antal sådana regionala utvecklingskonferenser genomfördes. En viktig fråga i det regionala perspektivet var vad övriga aktörer kunde göra och faktiskt gör för att stödja de utvecklingsprojekt som pågår.

Vad som sammanfattningsvis var framträdande i programmet var nödvändigheten av en *permanent pågående dialog* mellan ett flertal olika aktörer. En mängd parallella processer behöver länkas ihop och integreras, såväl i verksamheten som i ett större utvecklingsammanhang.

### **Bokens innehåll**

I de följande kapitlen får vi möta de olika projekten i deras arbete med att utveckla vårdverksamheterna. Forskarna har på lite olika sätt försökt få grepp om vad som utspelas på dessa arbetsplatser och organisationer i försöken att bedriva utvecklingsarbete.

*Kapitel två*, av Björn Trägårdh och Kajsa Lindberg, handlar om hur de lokala utvecklingsbehoven konstruerades i ett samspel mellan centrala utvecklingsinitiativ, i detta fall ett nationellt initiativ i form av Sjukvårdsprogrammet, och de föreställningar som fanns på ett lokalt plan. Olika perspektiv möttes och de utvecklingsprojekt som deltog i programmet utvecklades i olika riktningar. Forskarna har försökt förstå den utvecklingsdynamik som fanns i Sjukvårdsprogrammet genom att följa de projekt som pågick i södra och västra Sverige. Kapitlet fördjupar sig mer specifikt i hur projekten använde sig av begreppet vårdkedja: Hur tog man till sig begreppet och hur utnyttjade man det utifrån sina lokala förutsättningar? Hur gavs begreppet vårdkedja en mening och hur kom denna innebörd av begreppet att gestaltats i det praktiska utvecklingsarbetet?

I *kapitel tre*, ställer Lars-Åke Lindberg frågor om människors kompetens och förmåga till nytänkande och gemensam kunskapsutveckling över sektors- och yrkesgränser: Hur kan organisationer erbjuda en kreativ miljö i vilken ett meningsfullt lärandet kan ske? Hur sker lärandet i ett utvecklingsarbete och när kan vi säga att lärandet är meningsfullt? Vad är det vi behöver lära när vi bedriver lokalt utvecklingsarbete? Dessa frågeställningar har undersökts i ett norrländskt projekt.

Sjukvårdsprogrammet arbetade som nämnts utifrån nätverk som utvecklingsstrategi. *Kapitel fyra*, av Jan-Olof Åberg, handlar om nätverk som ett led i verksamhetsutveckling och om hur arrangerade nätverk kan fungera som utvecklingsstöd. Författaren problematiserar föreställningen om nätverks spridningsfunktion. Vad var det som spreds från programmets nätverk till vårdorganisationerna och hur gick den spridningen till? Under vilka villkor kan nätverk fungera som en utvecklingsresurs och när riskerar nätverket att stelna och återupprätta den traditionella gruppen och den formella strukturen?

I *kapitel fem* redovisar Marianne Ekman Philips några utvalda resultat från två enkätstudier av arbetsorganisation och utvecklingsarbete vid de ingående projektens arbetsplatser. De frågor som behandlas är: Kom några förändringar i arbetsorganisationen till stånd när arbetsplatserna strävade efter att etablera ett vårdkedjetänkande? Ledde projektens utvecklingsarbete även till ett förändrat arbetsinnehåll för personalen i det dagliga arbetet? Utvecklades t ex arbetsuppgifterna mot att inkludera utvecklingsuppgifter såsom uppföljning och utvärdering?

Slutligen, i *kapitel sex*, för Marianne Ekman Philips en diskussion om vilka intressanta utvecklingsspår som kan skönjas i arbetet med Sjukvårdsprogrammet och vad av detta som kan tas tillvara i den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvårdens organisationer. Här framförs tanken att utvecklingen av relationer mellan människor i vården kanske är den viktigaste framgångsfaktorn. Det finns ett stort behov av samarbete inom organisationerna, både vertikalt och horisontellt, men också mellan organisationer. För att dessa samarbetskonstellationer ska leda till utveckling måste de dock bygga på fungerande relationer i vilka deltagarna lär av varandra och tillsammans utvecklar ny praktik. En viktig fråga blir då hur man kan stödja utvecklingen av mänskliga relationer – möten mellan människor – i vårdens förnyelsearbete.

## Referenser

- Ahrne, G (1994) *Social Organizations. Interaction Inside, Outside and between Organizations*. London: Sage
- Alasoini, T (1998) "Workplace Development as Part of National innovation Policy." I Alasoini, T och Kyllönen, M (eds) *The Crest of the Vawe*. Helsinki: Ministry of Labour. Yearbook 1998, Report 5

- Anell, A (1995) "Implementing Planned Markets in Health Services – the Swedish Care." I Saltman, R B och von Otter, C *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility*. Buckingham: Open University Press
- Bergman, S E och Dahlbäck, U (1995) *Att beställa hälso- och sjukvård*. Stockholm: Landstingsförbundet
- Eikeland, O och Finsrud, H (eds) (1995) *Research in Action*. Oslo: The Work Life Institute
- Ekman Philips, M och Rehnström, K (1996) "Workplace Development, Gender and Communicative Competence." I Toulmin, S och Gustavsen, B (eds) *Beyond Theory: Organizational Change Through Participation*. Amsterdam: John Benjamins
- Engelstad, P H (1995) "Fra dialogkonferenser till utviklingsorganisasjon." I Eikeland, O och Finsrud, H (red) *Research in Action*. Oslo: The Work Life Institute
- Ennals, R och Gustavsen, B (1998) *Work Organisations and Europe as a Development Coalition*. Amsterdam: John Benjamins
- Gardell, B och Gustafsson, R Å m fl (1979) *Sjukvård på löpande band*. Stockholm: Prisma
- Gustavsen, B (1992) *Dialogue and Development: Theory of Communication, Action Research and Restructuring of Working Life*. Assen: Van Gorcum
- Gustavsen, B, Hofmaier, B, Ekman Philips, M och Wikman, A (1996) *Concept-driven Development and the Organisation of the Process of Change*. Amsterdam: John Benjamins
- Gustavsen, B och Hofmaier, B (1997) *Nätverk som utvecklingsstrategi*. Stockholm: SNS förlag
- Gustavsen, B, Colbjørnsen, T och Pålshaugen, Ø (1998) *Development Coalitions in Working Life. The Enterprise Development 2000 in Norway*. Amsterdam: John Benjamins
- Gustavsen, B, Finne, H och Oscarsson, B (2001) *Creating Connectedness. The Role of Social Research in Innovation Policy*. Amsterdam: John Benjamins
- Hasselbladh, H (1994) "Ekonomiska styrmodeller inom sjukvården." I Jacobsson, B (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santérus
- Human Relations* (1993) vol 46 nr 2, "Special Issue on Action Research"
- Jacobsson, B (red) (1994) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santérus
- Landstingsförbundet (1995) *Det måste finnas ett annat sätt. Om lärandestyrt förändringsarbete i vården*. (En rapport från Samkraft Vård) Stockholm: Landstingsförbundet
- Lind, J-E (1994) "Kommuner som marknadsskapare." I Jacobsson, B (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santérus
- McNamee, S och Gergen, J K (1999) *Relational Responsibility. Resources for Sustainable Dialogue*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publication
- Molander, B (1993) *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos

- Naschold, F (1993) "Organization Development: National Programmes in the Context of International Competition." I Naschold, F et al (eds) *Constructing the New Industrial Society*. Assen: Van Gorcum
- von Otter, C (1995) *Effekter av nya ekonomiska styrsystem för hälso- och sjukvårdspersonalen. Den planerade marknaden*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Pålshaugen, Ø (1992) *Som sagt, så gjort? – språket som verkemiddel i organisasjonsutvikling og aksjonsforskning*. Oslo: Novus
- Pålshaugen, Ø (1998) "Organization Development through Development Organization." I Gustavsen m fl *Development Coalitions in Working Life. The Enterprise Development 2000 in Norway*. Amsterdam: John Benjamins
- Pålshaugen, Ø (2000) "Utviklingsorganisasjon og utviklingskoalisjon." I Pålshaugen, Ø och Quale, T (red) *Forskning og Bedriftsutvikling – nya samarbeidsforsøk*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet
- Reason, P (1999) "Integration, Action and Reflection Through Co-operative Inquiry." *Management Learning* Vol. 30 (2), s 207-226
- Rhenman, E (1969) *Centrallasarettet*. Lund: Studentlitteratur
- Rombach, B (1994) "Bilder av en komun i stormens öga." I Jacobsson, B (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santérus
- Räftegård, C (1998) *Pratet som demokratiskt verktyg. Om möjligheten till en kommunikativ demokrati*. Stockholm: Gidlunds
- Schön, D (1983) *The Reflective Practitioner. How professionals Think in Action*. New York: Basic Books
- Shotter, J och Gustavsen, B (1999) *The role of "dialogue conferences" in the development of "learning regions": Doing "from within" our lives together what we cannot do apart*. Stockholm: The Centre for Advanced Studies in Leadership, Stockholm School of Economics
- SOU 1993:38 *Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller, HSU 2000*. Stockholm: Allmänna förlaget
- SOU 1999: 66 *God vård på lika villkor*. Stockholm: Fakta info direkt
- Stjernberg, T (1993) *Organisationsideal – livskraft och spridning, ett tjugoförårigt perspektiv*. Stockholm: Norstedts Juridik
- Sørhaus, T (1996) *Om Ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Toulmin, S. och Gustavsen, B (eds) *Beyond Theory: Organizational Change Through Participation*. Amsterdam: John Benjamins
- Whyte, W F (ed) (1991) *Participatory Action Research*. Newbury Park: Sage
- Vårdens arbetshälso- och sjukvårdsrapport (2000)* Landstinget, Yrkesmedicin, HSM
- Öhrming, J (1996) "Kartläggning och analys av ansökningarna till programmet 'Sjukvårdens Arbetsmiljö'". Arbetsmaterial. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Öhrming, J (1997) *Återbesök på Centrallasarettet – vad gick modellerna i hälso- och sjukvården egentligen ut på?* Stockholm: Nerenius och Santérus