

Kapitel 2

Vårdkedjor – processorganisering i vården

Björn Trägårdh och Kajsa Lindberg¹

Sjukvården är ett verksamhetsområde som står mitt i samhällsdebatten och det är ingen tillfällighet att det idag finns många idéer och koncept om hur vården skall förbättras. Föreliggande text handlar om några försök att förnya och utveckla arbetsformer och arbetssätt i västra och södra Sverige. Vad som skall förnyas och hur det skall gå till är inte självklart, det finns många meningar om sådana saker. Ibland är dessa uppfattningar uttalade och mycket bestämda i andra fall tycks rösterna svagare och mer obestämd. Vi som studerat utvecklingsförsöken har mött olika röster, allt från entusiaster med klara mål och vägval till ifrågasättare som betraktat ansträngningarna med skepsis. Allt eftersom projekten utvecklats har också allt fler skaffat sig meningar om utvecklingsarbetenas innebörd. Genom att lyfta fram idén om vårdkedja, olika handlingsmönster och resultat hoppas vi kunna bidra till förståelse kring projektens utveckling. Låt oss börja med att lyfta fram en generell problematik med vårdkedjor i form av ett par fiktiva, men realistiska, små berättelser:

Det är fredag eftermiddag och Märta 86 år återvänder till ålderdomshemmet från sjukhuset i ambulans. En sköterska på sjukhuset har ringt hemmet och sagt att Märta är på väg hem samt gett en muntlig rapport om Märtas tillstånd. Märta har haft en liten hjärnblödning. Hon är trött men vid gott mod och tycker att det skall bli skönt att få sova i sin egen säng igen. Vårdbiträdet Anna står i entrén till ålderdomshemmet och väntar. Ambulansmännen hjälper Märta in och Anna tar över. Hon ger Märta en kram och säger att det är skönt att hon är hemma igen och att de andra boende har saknat henne. Anna frågar ambulansmännen om de har med några papper till henne. 'Nej', svarar de, "Märta har dem nog i väskan". När de öppnar handväskan på Märtas rum visar det sig att det inte finns några nya papper utan bara de som Märta hade med sig när hon åkte in till sjukhuset.

Anna misstänker att medicineringen kan ha ändrats och frågar därför Märta om doktorn sagt något om medicinerna, men Märta kan inte komma

¹ Fyra personer – Jonas Leffler, Johan Wass, Kajsa Lindberg och Björn Trägårdh – ingick i den forskargrupp på CORE (Center for Research on Organizational Renewal, Chalmers Tekniska Högskola) som under 18 månader studerade sju projekt och samlade in det empiriska materialet med hjälp av bland annat intervjuer, observationer av möten och skriftligt material. Författare och ansvariga för kapitlet är Kajsa Lindberg och Björn Trägårdh.

ihåg att hon träffat någon doktor. Snart är det dags för kvällsmål och Anna skall laga mat till de boende och ge dem sina kvällsmediciner. Hon vet inte vad hon skall göra. Märta kan ju inte få de mediciner hon hade innan sjukhusbesöket i fall doseringen ändrats eller en ny medicin satts in. På åldershemmet finns ingen sjuksköterska på eftermiddagarna, så Anna ringer till den avdelning på sjukhuset där Märta vårdats. En sköterska svarar, men hon känner inte till Märta eftersom hon varit långledig och precis gått på sitt pass. Hon vet inte något om någon medicinlista eller omvårdnadsepikris. Avdelningsläkaren har gått för dagen så sköterskan ber Anna återkomma på måndag.

Episoden ovan skildrar en problematik som inte är helt ovanlig i hälso- och sjukvården, oavsett vilka vårdinstanser patienten rör sig mellan. Informationsöverföring och samverkan över såväl organisatoriska som professionella gränser fungerar inte alltid tillfredsställande. I de flesta fall rättas problem och brister till utan att patienten påverkas eller ens får reda på vad som inträffat. Personalen däremot hamnar i situationer där de både ser bristerna och får ta konsekvenserna av dem. För att komma till rätta med den här typen av samordningsproblem har man inom vårdsektorn prövat åtskilliga lösningar. Utvecklandet av *vårdkedjor* är ett sådant koncept som förekommer i vården.

Vi har studerat sju utvecklingsarbeten i den offentliga hälso- och sjukvården i södra och västra Sverige som alla bedrivits under beteckningen vårdkedjeprosjekt – exemplet med Märta ovan skulle kunna vara hämtat från ett av projekten. Men under beteckningen vårdkedja kan mycket av senare tids strävanden inom sjukvården inrymmas, exempelvis att organisera verksamheten utifrån patientens samlade behov, att tillgodose personalens krav på god arbetsmiljö genom delaktighet, samverkan över gränser och kontroll över arbetsprocesser, att skapa en effektivare och mer slimmad organisation fokuserad på centrala processer eller att minimera ”avvikande händelser” och på så sätt förbättra vårdkvalitén. Vårdkedjebegreppet är således elastiskt och öppet för tolkningar. Följande exempel belyser vårdkedja ur ett annat perspektiv:

Distriktsläkare Anders Andersson skyndar in på sjukhuset för att delta i ett möte om ett vårdkedjeprosjekt med fokus på diabetespatienter. Han är försenad eftersom mottagningen på förmiddagen drog ut på tiden. Inte hann han äta lunch heller. Som verksamhetsansvarig för en vårdcentral är han kallad till mötet eftersom det berör primärvården. Det senaste två åren har han och hans kollegor blivit ansvariga för vårdcentralens del i drygt ett tjugotal olika vårdkedjor. Initiativet till de flesta vårdkedjorna som man arbetar med på Anders vårdcentral har tagits från sjukhuset och kedjorna är fokuserade på smala diagnoser, vilket bekymrar honom. Han tycker att antalet möten kring vårdkedjorna och ökad administration tar mer tid än vad arbetet med de olika kedjorna bidrar med i form av förbättrad kvalitet och

effektivitet. Av de olika vårdkedjorna handlar vissa om så små patientgrupper att Anders vårdcentral sammanlagt bara har ett tiotal patienter med respektive diagnos om året. Sjukhuset syn på patienter indelade efter diagnoser och organ stämmer inte med den syn Anders företräder. I sin roll som distriktsläkare i primärvården möter han samma patienter över tiden oavsett vilken diagnos de har.

Ändå ligger tanken på att organisera vården i vårdkedjor honom varmt om hjärtat. Som läkare i primärvården känner han ett behov av att ha en naturlig och kontinuerlig kontakt med slutenvården. Ur ett patientperspektiv är det naturligt för honom att tänka i vårdkedje-termer eftersom han ofta är den som har den initiala kontakten med patienten, remitterar till sjukhuset och sedan gör uppföljningar efter att patienten kommit från sjukhuset.

Exemplet visar på skillnader som finns i olika delar av hälso- och sjukvården vad gäller synen på patienter. De olika logiker som råder avspeglar sig i synen på vårdkedja. Exemplet visar också att det inte är självklart varför vårdkedjor införs eller att utvecklingsarbete med vårdkedjor löser konkreta organiseringsproblem, tvärtom kanske det skapar problem i verksamheten. Det är därför av intresse att i praktiken studera den här typen av lösningar som syftar till ökad samordning. Trots vårdkedjebegreppets allmänna karaktär finns det vissa faktorer som håller samman de projekt vi studerat. En sådan faktor är att projekten bedrivits i programform med såväl finansiellt som processuellt stöd från Sjukvårdsprogrammet, vilket gör att medverkan i programmet starkt påverkat projektens utveckling. De projekt som kommit att ingå i Sjukvårdsprogrammet har valts ut bland ett stort antal ansökningar. Bland de krav som Sjukvårdsprogrammet ställde var att projekten skulle handla om just vårdkedjor och att man bara gick in för att stödja pågående projekt. Urvalsprocessen innebar också en medveten styrning till att få en bredd bland projekten. Det skulle finnas en geografisk representation och en mångfald i projektens innehåll och ursprung. Det innebär att projekten representerar olika verksamheter i den heterogena hälso- och sjukvårdssektorn, vilket kommit att påverka projektens tolkning av vårdkedjebegreppet, dess utformning och genomförande.

Vi har tagit fasta på en av de gemensamma faktorerna för projekten, nämligen att de skulle handla om vårdkedjor. Vi ser åtminstone två skäl att göra så. För det första utgör konceptet vårdkedja ett aktuellt och landsomfattande organiseringsideal inom sjukvården vid övergången till det nya seklet, något som kort behandlades i kapitel 1. För det andra har idealet bakom konceptet påverkat projektens innehåll och form.

Idén bakom utvecklingsprojekten

Drivkraften bakom att införa vårdkedjor kan hämtas från en kritik av hur vården normalt organiseras. Åhgren (1997) hävdade exempelvis att sjukvårdens grundproblem var dess vertikala uppbyggnad och styrning som leder till låg produktivitet och kvalitet i form av exempelvis bristande kommunikation mellan enheter. Dålig samordning leder i sin tur till krav på kontroll, improduktiv väntan, dubbelarbete och annat icke-värdeskapande arbete.² Denna kritik är identisk med den som också drabbat traditionellt organiserade privata företag, nämligen att de varit för byråkratiska och tungrodda för att åstadkomma tillräcklig förnyelse, produktivitet och kvalitet. Det är detta som vårdkedjor skall motverka.

Vårdkedjor – processorientering i vården

Det klassiska sättet att attackera byråkratisering har varit att omstrukturera verksamheterna. Om olika verksamhetsdelar varit svagt kopplade till varandra har huvudmodellen varit att bryta ner verksamheterna i mindre, självständiga delar genom decentralisering, divisionalisering eller bolagisering. Om detta ej varit möjligt på grund av starka kopplingar och beroenden har huvudmodellen istället varit förstärkt integration, att öka samordningen och konstruera starkare bryggor mellan enheter och avdelningar.

Vårdkedjekonceptet kan sägas vara ett tidstypiskt exempel på hur samordning skall lösas i komplexa och differentierade verksamheter. 1990-talets mest populära koncept härvidlag har varit processorientering (Rentzhog 1998; Hammer och Champy 1993). Huvudidén är att organisationer bör fokusera på verksamheternas kärnprocesser vilka ger direkt kundvärde och ifrågasätta arbete som inte direkt bidrar till dessa processer. Detta leder i sin förlängning till utrymme för rationalisering och en ”mager produktion”. Med ungefär denna utgångspunkt beskrev Leffler (1996) vårdkedjor:

”Vårdkedjans idémässiga grund liknar den som finns inom den sk process management skolan (Hammer och Champy 1993). Process management skolan vill bryta upp funktions- och specialistindelade verksamheter. Den vill istället utveckla verksamhetens processer – flöden – och dess aktiviteter. Flödena skär i regel tvärs över flera funktioner och specialiteter. Syftet är att få ned ledtider och kapital- och aktivitetskostnader längs flödet.” (s 6)

I sin mest radikala form innebär processorientering en total *omstrukturering* från funktionell till processuell organisering såsom förordas med så kallad BPR (Business Process Reengineering). Men processorientering kan också tolkas

² I *Dagens Medicin* nr 18 1997 uppgavs att vertikalt uppbyggda sjukvårdsorganisationer kan ha 30-70 procent ”icke-värdeskapande arbetstid”. Personal ägnade endast 40-45 procent av sin tid direkt till patientarbete, resten gick åt till dokumentation, väntan transporter etc. Jämförelser med något annat sätt att organisera gjordes dock inte.

mildare – ett sätt att *beskriva* och *betrakta* verksamheten som flöden där verksamhetens objekt förädlas från ”råvaror” till goda ”färdigprodukter”. Det primära syftet blir då inte att förändra verksamheternas uppdelning i olika funktioner, utan att med hjälp av språkliga konstruktioner skapa verktyg för att förbättra samordningen mellan delarna i ”produktionsprocessen”. Vårdkedjekonceptet har utgått från denna mildare variant. Det är också så som Åhgren (1997) definierar vårdkedja vilken ses som:

”samordnade aktiviteter inom hälso- och sjukvård som är sammanlänkade för att uppnå ett kvalitativt gott slutresultat för patienten.” (s 8)

När vårdkedjor tillämpats har det inte i första hand handlat om att bygga upp en ny struktur. Istället har ”processorientering” i detta sammanhang definierats som en ny *språk- och tankemodell*. Med hjälp av vårdkedjebeskrivningar skall personalen lära sig att betrakta enskilda vårdinsatser som länkar i en längre kedja över funktionella gränser och där det finns såväl interna som externa ”kunder”. Det innebär att det språk som används i konceptet blir viktigt att granska, då språket blir det instrument som formar vår syn på vårdens organisering (Arbnor m fl 1980). Gemensamt för sjukvård är att det finns starka ömsesidiga beroenden mellan olika vårdtjänster i behandlingar som är lite mer komplicerade och kräver flera olika vårdgivare. Vårdkedjeprosjekt kan leda till att delarna i en sådan starkt kopplad behandlingskedja synliggörs och bildar ett underlag för att diskutera problem och möjligheter längs behandlingen. Enligt Hasselbladh (1994) är det däremot inte troligt att behandlingskedjans utseende eller organisationernas gränser förändras. De projekt vi studerat motsäger inte denna slutsats. Ett par av projekten syftade exempelvis till att flytta kunskaper och färdigheter från specialistvård på sjukhus till primär- och kommunal vård. Men behandlingskedjans utseende eller organisationernas gränser förändrades inte.

Vårdepisod, vårdprogram och vårdkedja

”Vårdkedja” är bara ett av flera språkliga uttryck inom vården som avser att beskriva helheten ur ett patient- eller sjukdomsförloppsperspektiv; andra sådana är vårdepisod och vårdprogram. Definitionerna av dessa begrepp är inte entydiga – olika definitioner kan tänkas och gränsen mellan begreppen är därför inte given. Nedan görs dock ett försök att positionera ”vårdkedja” i förhållande till ett par besläktade begrepp.

Ett med vårdkedja närliggande begrepp är *vårdepisod* som skall beskriva den sammantagna vårdinsatsen, alla de kontakter en patient har med sjukvården utifrån ett specifikt hälsoproblem (Arnlind 1997). Då vårdepisoder kan beskrivas först i efterhand har begreppet främst använts i utvärderingssyfte av exempelvis vårdkonsumtion och utnyttjande av vårdresurser. I motsats till vårdepisod, som beskriver det faktiskt inträffade utifrån enskilda fall, utgår begreppet *vårdpro-*

gram från kunskaper och erfarenheter av hur vissa symptom eller en viss sjukdom bör diagnosticeras och behandlas – ”gör så här”.

I likhet med vårdepisoder utgår vårdkedja från beskrivningar av *verkliga* förlopp. Men till skillnad från vårdepisoder – och i likhet med vårdprogram – är syftet med vårdkedja att beskriva förloppet för *många* patienter vilka ”vandrar samma väg” mellan vårdinstanser, exempelvis utifrån en fastställd diagnos. Till skillnad från vårdprogram syftar vårdkedjor primärt till att ge underlag till förbättringsåtgärder – hur kan samarbetet förbättras så att vården blir så snabb och bra som möjligt? På så sätt kan vårdkedjebegreppet sägas komplettera tidigare använda begrepp som täcker hela vårdprocesser. Det kan exempelvis användas som styrverktyg och underlag för att sätta och registrera DRG-poäng.³

Rent logiskt kan alltså begreppen hållas isär, men det är när vårdkedjekonceptet skall omsättas i praktiken som gränserna tenderar att suddas ut. Idén utgår från att vården utifrån ett patientperspektiv kan beskrivas som kedjor med seriellt kopplade länkar. Patienterna och deras problem måste då kunna grupperas utifrån ett begränsat antal klasser, annars blir antalet vårdkedjor nästan oändligt och begreppet blir obrukbart. Idealfallet för en vårdkedja är en stor och entydig diagnos där olika instanser och insatser kan beskrivas som ett givet förlopp från fastställande av problem till åtgärder och kontroll. Allt som avviker från detta idealfall kan vara problematiskt att beskriva i termer av vårdkedja. I praktiken dyker åtminstone två sådana klassificeringsproblem upp, vilket följande exempel hämtade från ett av de fall vi senare kommer att beskriva närmare, BUS-projektet:

Vid genomgången av diagnosfrekvensen 1996 vid dåvarande Medicin- och Kirurgiklinikerna på Barnsjukhuset visade det sig att endast 30 procent av diagnoserna förekom mer än 15 gånger per år. Sjukvården inom det aktuella området kännetecknades alltså inte av stora patientflöden. Relativt lågfrekventa diagnoser representerade stora kostnader, medan frekventa åkommor stod för en obetydlig del av den totala kostnaden.

En kvalitetssjuksköterska i BUS-projektet upprepade vid nästan alla projektmöten sitt problem: ”När vi talar om avvikande händelser måste vi ju ha något som händelsen avviker från.”

Exemplen ovan antyder att värdet med vårdkedje-metaforen avtar när diagnoser eller patientproblem är svåra att standardisera. Det första exemplet visar att det är tveksamt om det ur ett patient- eller diagnosperspektiv finns ett värde i att beskriva vården som ett begränsat antal ”kedjor” – konceptet verkar avpassat för vanligt förekommande och relativt entydiga diagnoser. Det andra exemplet visar på svårigheten att endast beskriva vad som görs i vården – skall man förbättra något letar man efter lämpliga standards för hur det *borde* vara. När en kartläggning av en vårdkedja skall göras måste verkliga fall användas som underlag. Då fallen avviker från varandra strävar man efter att beskriva typfall – ”så här hante-

³ DRG = diagnosrelaterade grupper.

rar vi normalt sett patienter med diagnos X". Men "typen" är inte de verkliga fallen man följt och beskrivit, utan ett normalfall som konstruerats vid en viss tidpunkt. Då relationer mellan och förhållanden inom olika vårdenheter förändras kontinuerligt tenderar den beskrivna vårdkedjan att vara en god verklighetsavbildning bara under en kort tid. Dessutom beskriver den bara en tänkt genomsnittshantering och inte den varierande och svårfångade verklighet som eftersträvas. Vårdkedjan beskrivs alltså utifrån ett begränsat antal kartlagda vårdepisoder och tenderar att beskriva ett normal- eller idealfall. Gränsen mellan vad som skall betraktas som vårdepisod, vårdprogram och vårdkedja tenderar att lösas upp.

Hittills har resonemanget främst rört den inbyggda problematik det innebär att tillämpa det koncept eller den idé som vårdkedja kan sägas innebära. Konceptets förenklade antaganden gör det problematiskt att tillämpa och vi kan förvänta oss en stor lokal variation. Det finns dock starka centrala krafter som verkar för en mer entydig tillämpning. Det vi intresserat oss för är hur man på det lokala planet integrerat och använt konceptet.

Vårdkedja – koncept med olika innehåll

Ett allmänt krav på organisationer är att de skall sträva efter att uppnå aktuella förväntningar om effektivitet och kvalitet (Røvik 1998). I så motto bidrar konceptet "vårdkedja" till att uppfylla aktuella förväntningar på vårdande organisationer. Vårdkedje-konceptet bygger som nämnts närmast på idealet processororientering, vilket primärt syftar till *kostnadseffektivisering*. Förändring av verksamheten med inriktning mot processororientering fordrar att personal deltar aktivt och samverkar över traditionellt uppbyggda gränser. Därmed kan begreppet "vårdkedja" knytas till ytterligare en modern organiseringsföreteelse, nämligen brett *deltagande* och *samverkan*. Denna organiseringsidé antas i sin tur få organisationsmedlemmarna att verka för ett tredje modernt ideal, nämligen *kvalitet*. Begreppet kan avse att "nollfel" eftersträvas i de interna processerna. Total Quality Management, vilket fått genomslag i sjukvården under beteckningen QUL, är ett koncept som bygger på tanken "att göra rätt från början lönar sig". I vårdkedjeprojekten har ibland inslag av detta tänkande integrerats i syfte att medvetandegöra och åtgärda missar i patienthanteringen, till exempel i form av rapportering av "avvikande händelser". Sådant inre kvalitetsarbete kan tänkas stödja ett fjärde ideal, *kundorientering*.

Vårdkedja kan alltså betraktas som en sjukvårdsspecifik symbol, ett samlingsbegrepp för moderna organiseringsideal som kostnadseffektiv processororientering, samverkan över gränser, brett deltagande, kundfokusering och utvecklande av helhetsperspektiv, vilka antas leda till hög(re) produktivitet och kvalitet. Det är svårt att invända mot vare sig organiseringsidealen som sådana eller deras tänkta effekter. Att undersöka vårdkedjebegreppets symbolvärde är långtifrån ointressant, då ett sådant på sikt kan påverka hur verksamheter identifieras av

såväl medlemmar som andra (Sahlin-Andersson 1994). Om vårdkedjor slår igenom som ett allmänt och entydigt definierat ideal inom vården kommer efter hand vårdidentiteten att påverkas. På kort sikt är den intressanta frågan snarare hur konceptet vårdkedja har tolkats och översatts i olika lokala sammanhang (Fernler 1994).

Vårdkedjebegreppets användning i praktiken

”De nya idéerna finns ingenstans färdiga att hämta. Det är när en organisation bestämmer sig för att ta till sig idéer och genomföra dem som idéerna formas och omformas. Idéerna skapas således i samma processer där de införs.” (Jacobsson 1994, s 56)

I citatet ovan hävdade också Jacobsson att det viktiga är hur idéerna *används* i organisationer – det är då idéerna fylls med innehåll, oavsett vad eventuella upphovsmän kan ha avsett. Det är också så vi närmat oss frågan. Vi utgår från att det finns ett relativt stort handlingsutrymme när det gäller hur lokalt utvecklingsarbete som exempelvis projekt kring vårdkedjor kan tolkas och översättas i den lokala praktiken. Det finns dock krafter som söker styra utvecklingen genom att tillhandahålla lösningar byggda på moderna organiseringsideal. Inom vårdsektorn agerar bland andra Landstingsförbundet, Spri, konsulter, forskningsinstitut och hälsovårdshögskolor för att sprida organiseringsideal. Vårdkedjeprosjekten har noga följts av dess finansiär, Sjukvårdsprogrammet.

Förhållandet mellan ”sändare” och ”mottagare” när det gäller förändrings- och organiseringskoncept är dock ingalunda mekaniskt eller separat. Tvärtom pågår konstant ett interaktivt sökande, meningsskapande och påverkande mellan olika aktörer och intressen på alla nivåer. Det gör att sändare och mottagare bör ersättas med mindre mekaniska begrepp som exempelvis ”centrala uttolkare” och ”lokala uttolkare”. Både på central och lokal nivå finns i sin tur primära och sekundära uttolkare. I de projekt som vi studerat kan exempelvis den inre kretsen i projektgrupperna karakteriseras som primäruttolkare på lokal nivå, medan övrig personal gör sekundära tolkningar. Det är alltså med dessa utgångspunkter som vi diskuterar projektens utveckling och användning av vårdkedjebegreppet. Vi har i första hand sökt få ett grepp om de översättningar som gjorts av primäruttolkare på lokal nivå, medan andra tolkningar och översättningar bildar bakgrund. Dessa lokala primäruttolkare har i olika grad sökt conceptualisera och marknadsföra sina idéer och produkter.

Inledningsvis konstaterades att samordningsproblem uppmärksammats inom vården. Vårdkedjor är en idé som föreslår en lösning på detta problem – en vårdvariant på processorientering med utgångspunkt i föreställningen om att patienter genomgår en kedja av vårdinsatser. Det yttersta syftet med vårdkedjor är att höja effektivitet och kvalitet i vården.

Konceptet kan definieras på ett enkelt sätt – att se vården som länkar i en kedja och organisera därefter – men det kan också problematiseras. Det finns en koppling till begreppet ”värdekedja” som kritiserats för att rikta uppmärksamheten på intern kostnadseffektivitet och därmed sätta värdeskapande för kunden i andra hand, något som inte rimmar med modern management.

Som koncept är vårdkedjor ändå *tillräckligt elastiskt* för att utlova lösningar på många slags problem – ökad produktivitet, kvalitet, kundorientering etc. Som förändringsprojekt kan vårdkedja inrymma brett deltagande i utvecklingsarbete, samverkan över huvudmanna- och professionsgränser och förnyelse av tanke- och handlingsmönster. Begreppets elasticitet gör alltså att konceptet kan fyllas med olika innehåll när det skall omsättas i lokal handling – idéerna levandegörs genom uttolkningar. Det är dessa uttolkningar vi intresserat oss för.

Två vårdkedjefall

Under drygt ett års tid har vi följt sju vårdkedjeprojekts arbeten. Vi har varit med vid projektmöten, intervjuat projektdeltagare och funderat över såväl vårdkedjans form som innehåll. Projekten vi studerat har ägt rum inom olika vårdkontexter, såväl inom universitetssjukhus som mindre länssjukhus, men också inom kommunal- och primärvård. Alla projekten har också, på ett eller annat sätt, berörts av övergripande organisatoriska förändringar i form av sammanslagningar av sjukhus och regionbildningar. De verksamheter som projekten bedrivits inom har dessutom präglats av minskade resurser och personalneddragningar. En gemensam nämnare för projekten är att de bedrivits med finansiellt och processuellt stöd från Sjukvårdsprogrammet. Det innebar också att projekten genomgått ett antal urvalskriterier. I Arbetslivsinstitutets beskrivning av Sjukvårdsprogrammet (Lidehäll 1997) står det:

”Programmet bidrar till att göra bra projekt bättre, dvs det handlar om stöd till en pågående process, inte till satsningar som skulle komma till stånd enbart på grund av stöd utifrån.” (s 3)

En konsekvens av detta var att Sjukvårdsprogrammet bara gav stöd till pågående projekt och att de inte ville bidra till att projekt kom till stånd enbart med hjälp av externt stöd. Den bakomliggande tanken var att de ingående projekten skulle utgöras av lokala utvecklingsprojekt nära kopplade till den löpande verksamheten. Dock har flertalet projekt ursprungligen initierats med hjälp av extern finansiering.

Bland Sjukvårdsprogrammets urvalskriterier fanns att utvecklingsarbetet i projektet skulle drivas utifrån en helhetssyn och skulle leda fram till nya former för verksamhet och organisation. Patientens samlade behov skulle stå i centrum. Projekten skulle vara tydligt förankrade hos såväl ledning som berörda personal-kategorier. Utvecklingsarbetet i projekten skulle också fokusera på en bestämd

vårdkedja eller diagnos och de verksamheter som berördes av dessa. Med dessa urvalskriterier blir det oundvikligen vissa likheter mellan de utvalda projekten. Våra studier av de sju av projekten visar emellertid att det även fanns olikheter. Vi har delat in dem i två grupperingar (se nästa avsnitt). Grupperna skiljer sig åt framförallt i tre avseenden:

- Den organisatoriska hemvisten, alltså *var* utvecklingsarbetet ägde rum och *vem* som drev det.
- Innehållet i utvecklingsarbetet, alltså *vad* som skulle utvecklas.
- Förändringsstrategin, alltså *hur* utvecklingsarbetet gick till.

I detta avsnitt kommer två olika sätt att bedriva vårdkedjeprojekt att granskas närmare. Vi lyfter fram hur det gick till i BUS-projektet och kontrasterar sedan med att visa vad som hände i Högsbo-projektet. Dessa projekt representerar var sin grupp. Syftet är att diskutera hur olika ett och samma organiseringsideal – vårdkedjor – kan översättas och hanteras när det möter en redan etablerad praktik (Czarniawska och Joerges 1996). Det visade sig att projekten ägnade sig åt helt olika saker. Diskussionen blir sedan underlag för avsnittet som följer, där frågan om varför projekten ägnade sig åt olika saker dryftas.

Högsboprojektet – kommunalt kvalitetsarbete

I samband med Ädelreformen i början av 1990-talet, då kommunerna tog över ansvaret för äldrevården och omsorgen, avsatte Socialstyrelsen pengar för projekt som syftade till att utveckla äldreomsorgen. I en av stadsdelarna i Göteborg hade personal och ansvariga tjänstemän uppmärksammat problem i samband med förflyttning av svårt sjuka personer, till exempel att informationen mellan olika vårdgivare inte alltid gick fram. Därför startades 1994 ett projekt finansierat med hjälp av de så kallade "Ädelpengarna". Projektet syftade till att utveckla kvaliteten i den kommunala äldreomsorgen. Projektdeltagarna bestod av personal från olika former av äldreboende, hemtjänst och tjänstemän från socialtjänsten.

Projektet resulterade bland annat i att deltagarna identifierade ett antal aspekter som påverkade kvaliteten, men som inte kunde påverkas enbart utifrån den kommunalt organiserade vården. En insikt växte fram om behovet av att samarbeta över gränser med andra vårdgivare för att öka kvaliteten i äldreomsorgen. Samarbetet och kontakterna mellan specialistvården på sjukhus och primärvården måste fungera på ett bra sätt och vården för äldre måste ses i sin helhet. Begreppet vårdkedja passade bra in för att beskriva denna ambition. För att kunna arbeta vidare med de problem som lyfts fram i kvalitetsprojektet då finansieringen från Socialstyrelsen upphörde, sökte projektledaren finansiering från Arbetslivsinstitutet. Institutet höll då på att starta ett sjukvårdsprogram för projekt som arbetade

med samverkan och verksamhetsutveckling, vilket senare kom att definieras som vårdkedjeprojekt.

Vårdkedjeprojektet formuleras och motiveras

Projektet, hädanefter kallat Högsboprojektet, blev 1996 ett av nitton vårdkedjeprojekt som kom att ingå i Sjukvårdsprogrammet. För att ingå i Sjukvårdsprogrammet ställdes krav på att projekten skulle vara tvärprofessionella och brett förankrade i de verksamheter som berördes. Det var en redan etablerad tanke som vuxit fram ur det ursprungliga projektet, men det är troligt att förväntningarna från programledningen förstärkte denna inriktning. Projektgruppen i Högsboprojektet utvidgades till att omfatta fler aktörer – en ny projektledare från kommunen tillsattes och dessutom tillkom personer från primärvården och från sjukhuset. Kommunen fick trots det en dominerande roll, eftersom projektet ursprungligen drevs utifrån ett kommunalt perspektiv. Det fanns också en styrgrupp, bestående av chefer och läkare från de berörda enheterna.

Vårdkedjetanken var redan etablerad när Högsboprojektet blev ett externfinansierat projekt. Med begreppet vårdkedja avsåg projektdeltagarna insatser som skulle underlätta och förbättra samarbetet mellan olika vårdgivare så att förflyttningar av patienter över vårdgränser kunde ske på ett säkert sätt. Projektets syfte var brett formulerat: *”Såväl patient som personal skall känna en trygghet oavsett var i vårdkedjan de befinner sig.”*

Sjukvårdsprogrammet kom inledningsvis att ha en ganska aktiv roll i Högsboprojektet. Programledningen ville bland annat att projektgruppen skulle avgränsa vårdkedjan till att omfatta en specifik grupp av äldre, till exempel en vanligt förekommande diagnosgrupp. Projektdeltagarna höll dock fast vid en bred definition av vårdkedjan – den skulle gälla alla äldre. Det var ett tämligen naturligt sätt att resonera från ett primär- och kommunalvårdsperspektiv – där äldre kategoriseras mer utifrån hur mycket vårdinsatser som krävs snarare än vilken typ av åkommor eller sjukdomar de lider av. Kvaliteten och tryggheten skulle med andra ord gälla oavsett diagnos och var i kedjan man befann sig. Projektdeltagarna upplevde att det i många fall fanns vattentäta skott mellan vårdkedjans olika länkar – sjukhusvård, primärvård och socialtjänst. Mellan de olika specialiteterna och vårdnivåerna saknades ofta kunskaper, respekt och förståelse för varandras verksamheter och förutsättningar. Därför var inte problemen med samordning och informationsöverföring kopplade till en viss diagnos, utan av generell karaktär. Projektgruppen ansåg vidare att arbetet med att samordna över vårdgränser borde vara så generellt att det skulle kunna översättas till, och användas inom, andra delar inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården i Västra Götaland genomgick under den här perioden en stor strukturell förändring, vilket bland annat innebar att chefer och arbetsledare fick nya tjänster. Inom sjukhusvården uppstod problem att överhuvudtaget kunna identifiera vem som var ansvarig för vad. Det blev under denna fas svårt att för-

ankra projektet bland överordnade. Det fanns också personer inom sjukhuset som uppfattade projektet som ett hot mot etablerad verksamhet. Det gjorde intrång i verksamheter och ansvarsområden. Efter ett antal försök från projektledningen att få mandat för att driva projektet skrev den nye sjukhuschefen under ett dokument där denne uttryckte sitt stöd för projektet. Detta bidrog till att ge projektet den legitimitet som behövdes för att förankra det på sjukhuset. I stadsdelen var förankringen betydligt enklare, eftersom initiativet till det ursprungliga kvalitetsprojektet kommit från stadsdelschefen och chefen för äldreomsorgen. Dessutom hade stadsdelschefen ett nära samarbete med primärvårdschefen, vilket underlättade förankringen i primärvården.

Det ursprungliga projektet var brett förankrat på det lokala planet, vilket bidrog till att engagemanget i vårdkedjearbetet upplevdes som självklart för deltagarna. Den externa finansieringen innebar att projektet inte belastade verksamhetsbudgeten och därmed undvek man såväl konkurrens som ett lokalt politiskt spel om vem som ”ägde” projektet trots att antalet inblandade organisationer ökade. Förankringen i upplevda problem i verksamheten påverkade projektets utformning och definition av vårdkedja. Projektet drevs vidare utan att bli alltför påverkat av turbulens i omvärlden, vilket kan bero på att projektet hade sina rötter i den mer stabila kommunala vårdverksamheten. Dessa omständigheter kom att ha betydelse för projektets fortsatta arbete.

Ambitionen höjs – en samordningsfunktion diskuteras

Projektet inleddes med att kartlägga 37 patienters väg från äldrevård i kommunal regi till akutvård på sjukhuset och tillbaka till sjukhem eller annan kommunal vårdinstans. Syftet med kartläggningen var dels att få en överblick över hur patienters väg genom vården såg ut och dels att identifiera problem och brister längs vägen. Projektgruppen gjorde kartläggningen och identifierade tre områden som framstod som viktiga för att vårdkedjan skulle fungera tillfredsställande – informationsöverföring, vårdplanering samt varsel och etiska aspekter i samband med medicinskt färdigbehandlade patienter. Tre arbetsgrupper tillsattes med uppdrag att ta fram handlingsplaner för var sitt område. Arbetsgrupperna bestod av personal, i huvudsak sjuksköterskor, från de berörda enheterna inom sjukhus, primärvård och stadsdel. Kartläggningen av vårdkedjan och arbetsgruppernas arbete resulterade i ett antal seminarier som hölls för personal som bjudits in från de berörda organisationerna. Ett hundratal personer deltog, vilket visade att intresset var stort.

Våren 1997 samlades projektgruppen och styrgruppen för att diskutera hur projektet gått och vad de kommit fram till. Flertalet såg mötet som ett avslutningsmöte – projektgruppen hade gjort vad de föresatt sig; att kartlägga och sprida kunskap om vårdkedjan. Mötet kom emellertid i efterhand att beskrivas som en ”nystart” för projektet. Projektledaren från det ursprungliga kvalitetsprojektet kom tillbaka och styrgruppen fick nya deltagare och dessutom tillsattes

en referensgrupp med tjänstemän från olika organisationer. De nya deltagarna var aktivt intresserade av problematiken som projektet kretsade kring och hade inflytande i de organisationer som då genomgick stora strukturella förändringar.

Från Sjukvårdsprogrammets ledningsgrupp ställdes krav på att Högsbo-projektet inte bara skulle formulera en modell och sprida denna, utan också pröva modellen i praktiken, Diskussionerna ledde fram till en höjning av projektets ambitionsnivå – något måste göras som direkt påverkade verksamheten. Därför bestämdes att ett nätverk för personal från sjukhusvården, primärvården och kommunen skulle skapas. Tanken med nätverket var att komma åt de brister och problem som uppdagats vid kartläggningen. Idén med att samla ett antal personer i ett nätverk var att de tillsammans skulle utforma en samordningsroll utifrån behoven i deras respektive verksamheter. Nätverket skulle bidra till att samordnarna lärde känna andra aktörer som också berördes av vårdkedjan och fick insyn i deras verksamheter. Genom person- och verksamhetskännedom menade projektledningen att det fanns förutsättningar för en hög kvalitet i vårdkedjan. Det handlade alltså inte om att utveckla rutiner och riktlinjer för en specifik diagnosgrupp, utan de som deltog i nätverket skulle ”kunna vårdkedjan”, skulle ha kunskap om varandras verksamheter och därigenom öka tryggheten. Projektets syfte bröts ned i fyra delmål:

- Utifrån patientperspektivet höja kvaliteten i vårdkedjan;
- Öka samarbetet mellan olika vårdgivare;
- Öka förståelse och kunskap om varandras verksamheter;
- Underlätta patienternas förflyttningar mellan olika vårdgivare.

Projektets tydliga förankring i praktiskt upplevda problem medförde att rekryteringen av personer till nätverket inte var något problem, trots den turbulenta situation som hela hälso- och sjukvårdssektorn befann sig i. Projektgruppen gick ut med förfrågningar till chefer på ett antal enheter som via kartläggningen framställt som viktiga delar i vårdkedjan – fanns det personer som var intresserade av att fungera som samordnare i vårdkedjan för äldre? Det visade sig att flertalet av de blivande vårdkedjesamordnarna tidigare hade visat intresse för den här typen av frågor. En vårdkedjesamordnare beskrev varför hon deltog i nätverket:

”Jag tycker att det är viktigt att skaffa sig kontakter. Ju fler ansikten, ju fler namn desto lättare är det i framtiden när man har gemensamma ärenden – känner man igen varandra så ”hej!”. Det kommer att gagna i framtiden. Ju mer kontakter desto mer får man redo på. Det blir lättare allting. Så det såg jag som en möjlighet det här i min framtida yrkesroll.” (Biståndsbedömare i kommunen)

Styrgruppen fick en viktig roll i samband med rekryteringen av samordnare. De fungerade som påtryckare uppåt i organisationerna för att betona vikten av att skapa ett nätverk och legitimera projektets verksamhet. Ett villkor för deltagande i nätverket var att varje vårdkedjesamordnare upprättade ett kontrakt med sin närmaste chef. I kontraktet skulle vårdkedjesamordnarens ansvar beskrivas vad gällde information och samordning av allt som hade med vårdkedjan att göra på den egna arbetsplatsen. I kontraktet ingick också att samordnarna skulle få delta i nätverket på ordinarie arbetstid och dessutom gå ifrån sitt arbete för att auskultera hos andra samordnare. Genom kontraktet fick samordnarna ett tydligt mandat för att delta i nätverket och för att agera som vårdkedjesamordnare på sin arbetsplats. En vårdkedjesamordnare uttryckte vikten av lokal förankring för projektet så här:

”Är det inte förankrat hos avdelningsföreståndaren kan det inte heller bli bra. Det måste vara ok att gå ifrån för detta och att något annat kanske får stå tillbaka den dan. Är det inte ok är det nästan en omöjlighet. Det måste vara på den nivån, sen om det är förankrat högre upp det är klart det måste vara, men det är ändå viktigast med avdelningsföreståndaren och kollegorna.” (Sjuksköterska på sjukhuset)

Rekrytering underlättades av projektets tydliga förankring i problem som aktörerna kunde relatera till sin praktik. Tankarna på att förbättra informationsflödet vid överflyttningar av patienter var inte nya, utan flera vårdkedjesamordnare menade att man i verksamheterna länge pratat om problem med kommunikationen, dels mellan olika enheter men även inom en och samma organisation. Det bidrog dels till att många aktivt ville delta i projektet och dels till att deras kollegor accepterade att de gick ifrån den ordinarie verksamheten, trots att man på flera ställen hade mycket att göra.

Styrgruppens aktiva deltagande stöttade projektgruppens arbete vilket också hade betydelse för projektets fortlevnad. Ytterligare en aspekt som kan ha varit betydelsefull för att projektet drevs vidare var att projektledaren var ”neutral” i den mening att hon inte tillhörde någon av verksamheterna eller företrädde någon yrkesgrupp.

Aktiviteter i nätverket

Hösten 1997 startade nätverksträffarna för de 30 vårdkedjesamordnarna. Tanken med nätverket var att vårdkedjesamordnarna tillsammans skulle fylla sin roll med ett tydligt och relevant innehåll. Under ett års tid, från oktober 1997 till november 1998, träffades vårdkedjesamordnarna en eftermiddag i månaden. Uppläggningsen av nätverksträffarna var ganska flexibel. Projektgruppen fastställde ett schema för när och var de skulle träffas. Själva nätverksträffarnas innehåll påverkades av vårdkedjesamordnarnas diskussioner och frågeställningar. Schemat som delades ut till vårdkedjesamordnarna innehöll alla aktiviteter inom projektets ramar såsom styrgrupps- och referensgruppsmöten, regionala och nationella nätverksträf-

far i Sjukvårdsprogrammets regi och arbetsgruppens träffar. På så sätt fick alla som på något sätt deltog i projektet möjlighet att se vad andra gjorde. Dessutom dokumenterades alla möten och mötesanteckningar spreds till de andra grupperingarna. Projektgruppen hade en samordnande roll. De träffades veckan innan varje nätverksträff för att grovplanera innehållet. De betonade vikten av att inte detaljstyra träffarna utan att ge utrymme för egna initiativ och diskussion.

”Jag tycker att det har varit bra att det inte har varit så styrt. Det är en process. Man måste veta vad målet är – vad vi skall jobba med – men *hur* det får ge sig efter hand, det är en process i sig.” (Sjuksköterska i primärvården)

Kommunikationen mellan de olika grupperna i vårdkedjeprojektet förändrades över tiden. Två personer från projektgruppen (ett rullande schema) medverkade vid styrgruppens sammanträden och fick tillgång till anteckningar från vårdkedjesamordnarnas nätverk samt arbetsgruppens sammanträden. Referensgruppen fick del av styrgruppens och nätverkets mötesanteckningar. Alla parter började uppfatta vikten av att ha insyn i varandras arbeten för att kunna sprida erfarenheter från projektet i sina respektive verksamheter. I denna kontinuerliga dialog med verksamheten kopplades drifts- och utvecklingsorganisation samman och lärandet byggdes in i driften.

Vårdkedjesamordnarna fick genom framförallt tre olika aktiviteter en möjlighet att öka sin förståelse för vårdkedjans betydelse. För det första auskulterade vårdkedjesamordnare hos varandra, vilket bidrog till att de fick insyn i andra verksamheter och därmed ökad respekt och förståelse för vilka problem som fanns i andra delar av kedjan. För det andra hade varje vårdkedjesamordnare i uppdrag att skriva avvikelserapporter på sin arbetsplats. Rapporterna skickades till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i projektgruppen. Syftet med avvikelserapporterna var dels att i nätverket gemensamt diskutera vad en avvikelse var och dels att lära sig att urskilja och formulera problem. Tanken var att först när aktörerna kan formulera ett problem kan andra förstå och hantera det.

”Det är väldigt lika från båda hållen. Man hör samma saker från primärvården som sjukhusvården tycker jag. Så det är väl det man måste överbrygga på något sätt och få in vettiga rutiner. Detta är tankar som funnits och som man kanske kan realisera nu.” (Sjuksköterska i kommunen)

För det tredje innebar nätverksträffarna att vårdkedjesamordnarna tillsammans fick diskutera och reflektera över problem som uppdragats i samband med avvikelser som uppstått i deras respektive praktik. De kunde enas kring riktlinjer som borde gälla vid exempelvis vårdplanering och kunde tillsammans ta fram en lathund. Det medförde en insikt i andras verksamheter och en större förståelse för att verksamheterna har såväl likheter som skillnader. I dessa diskussioner relaterades även etiska aspekter till konkreta fall.

Vårdkedjesamordnarna fick ett uppdrag då de gick med i nätverket. Uppdraget gick ut på att fungera som vårdkedjesamordnare på sina respektive arbetsplatser. Det innebar bland annat att informera sina kollegor om projektet och sprida erfarenheter från nätverket. Omfattningen av informationen har varierat. En del har informerat sina närmaste kollegor vid arbetsplatsträffar eller i kafferummet, andra har sammankallat speciella möten och även vänt sig ut mot andra enheter än den egna. Uppdraget som vårdkedjesamordnare innebar att projektet hade en direkt koppling till den löpande verksamheten. Vårdkedjesamordnarna hade ansvaret för att föra in de konkreta problemen i nätverket och för att föra ut erfarenheter och kunskaper som nätverket bidragit med.

Inom ramen för nätverket utvecklades flera samarbeten. Ett exempel var att ett sjukhem och en sjukhusklinik utvidgade möjligheten att auskultera till att omfatta all personal på respektive enhet. Utvecklingschefen för sjukhuset kontaktade vårdkedjesamordnarna inom sjukhuset för att använda dem som resurspersoner vid andra kvalitetsarbeten. Tanken var att de skulle fungera som samordnare och kanal ut till sin respektive enheter. Flera vårdkedjesamordnare berättade att de tyckte att nätverket och vårdkedjesamordnarrollen påverkat deras arbete. Den förändring som skett handlar om att de har fått ett annat förhållningssätt och att de i högre utsträckning visste hur de skulle agera. Vårdkedjesamordnarna uttryckte en större säkerhet och sa att de vågade stå på sig när de tyckte att något var fel. De menade att de kunde hänvisa till projektet och nätverket för att på så sätt få legitimitet såväl internt på den egna arbetsplatsen som externt i kontakt med andra enheter.

Vad hände sedan?

Sjukvårdsprogrammet upphörde i slutet av 1998. Nätverksträffarna hade då pågått i ett år och intensiva diskussioner fördes med en grupp beslutsfattare inom sjukhusvården som arbetade med samordningsfrågor. Det fanns en idé hos framförallt projektledaren att nätverksmodellen skulle drivas vidare och spridas, så att den kom att omfatta hela Göteborg. Ett sätt att förverkliga detta var genom samverkansgruppen som hade mandat från huvudmännen att driva samverkansfrågor. Trots det fattades inte något beslut om fortsatt spridning. Projektgruppen, styrgruppen och vårdkedjesamordnarna enades emellertid om att det var viktigt att arbeta vidare med vårdkedjan trots att finansieringen från Sjukvårdsprogrammet upphörde.

Sammanfattning

Vårdkedjesamordnarna representerade ett antal olika yrkesgrupper, men de flesta var sjuksköterskor. Det var slående hur lika de uppfattade problem, oavsett om det var i hemtjänsten eller på en intensivvårdsavdelning. Men lika slående var att de talade olika språk och visste väldigt lite om varandras verksamheter.

Det är inget nytt att prata om samordning över gränser och att fundera över hur kommunikationen kan förbättras, men projektgruppen och styrgruppen har kunnat samla och ta tillvara det engagemang som finns ute i verksamheterna för att driva dessa frågor. Engagemanget hos aktörerna ligger i att utveckla verksamheten och sin egen yrkesroll. Vårdkedjesamordnarna kom att utgöra en länk mellan å ena sidan projektet och nätverket och å andra sidan den löpande verksamheten. Kunskaperna kunde inte lagras i projektet eftersom det per definition var avgränsat och kommer att upplösas. Det är i verksamheten kunskaperna skall användas och det är i verksamheternas strukturer och rutiner kunskaperna kan lagras.

BUS-projektet – sjukhusvården beskrivs

BUS-projektet ägde rum på en division inom Sahlgrenska universitetssjukhuset och hade växt fram ur en stor satsning på organisationsutveckling och förnyelse med uttalade "lean production"-ambitioner. I samarbete med andra likartade sjukhus hade sjukhusledningen formulerat ett utvecklingsprogram kallat "Lean Hospital". Tanken var att man samtidigt skulle åstadkomma ökad kvalitet, ökad produktivitet och förbättrade arbetsförhållanden för sjukvårdspersonalen. Man ville få till stånd en lärande organisation genom att exempelvis ta tillvara medarbetarnas behov, skapa nätverk och förutsättningar för en helhetssyn och öka integrationen genom att arbeta i tvärfunktionella grupper, bygga ut informationssystemen och ägna sig åt kontinuerligt förbättringsarbete samt aktivt söka kundernas uppfattningar och söka tillfredsställa deras behov. En mängd projekt startades utifrån dessa ambitioner. Men ungefär samtidigt kom signaler om stora strukturförändringar. Sjukhuset drogs in i en sammanslagningsprocess som bland annat medförde att kliniker i närområdet med andra traditioner och inriktningar förflyttades till sjukhuset. I samband med sammanslagningen ställde vårdbeställarna krav på kraftiga besparingar. Sjukhusfusionen kan i efterhand betraktas som en del i en regionbildning som startade något år senare. Då tillkom också en nationell reform om gratis sjukvård inom sjukhusets verksamhetsområde, vilket medförde en omedelbar ökning av patientantalet med mellan 30 och 40 procent. Sammanlagt kan konstateras att sjukhuset var utsatt för ett stort tryck att anpassa sig till förändringar som initierats och drivits igenom utanför sjukhusets kontroll.

Vårdkedjeprosjekt formuleras

Det var under denna turbulenta period som vårdkedjeprosjekten formulerades och genomfördes. Från början sökte Sahlgrenska Universitets sjukhus finansiellt stöd från Sjukvårdsprogrammet för hela sitt utvecklingsprogram, men efter diskussioner kom stödet till övervägande del att riktas mot BUS-projektet som handlade om vårdkedjor. En styrgrupp bestående av två överläkare, en vårdutvecklare och en ekonom bildades och kom att sammanträda regelbundet. Så småningom bil-

dades också en referensgrupp bestående av lokala fackliga representanter, styrgruppsmedlemmar och processledare, men denna grupp kom att förbli tämligen passiv.

Klinikföreträdare, i form av överläkare, blev styrgruppens första målgrupp. De sågs som en nyckelgrupp för att arbetet skulle bli framgångsrikt. Tanken var att ur denna grupp plocka projektledare – eller ”processledare” som det kom att kallas. Det visade sig vara svårt att övertyga överläkarna om värdet med vårdkedjeprojekt i förhållande till annat arbete som pockade på uppmärksamhet och i en situation där man pressades av sammanslagningar, besparingskrav och lokala omorganisationer. Efter ett år med finansiering från Sjukvårdsprogrammet hade fortfarande inget konkret arbete i projektgrupperna kommit igång. Ett villkor för fortsatt stöd från Sjukvårdsprogrammet var att tvärprofessionella grupper bildades och att utvecklingsarbetet skulle förankras brett i verksamheten. Diskussionerna resulterade i att fyra vårdkedjeprojekt, ledda av varsin överläkare, startade i början av 1998. Rekryteringen till projektgruppen gick i huvudsak till så att processledarna tillfrågade representanter för enheter och yrkeskategorier som berördes av vårdkedjan om de ville vara med. Varken styrgruppen eller processledarna hade inledningsvis formulerat tydliga målsättningar för vårdkedjearbetet. Det avspeglar sig i intervjuer där det framkom att det fanns tillfrågade personer som tackat ja, utan att de hade någon tydlig uppfattning om värdet av vårdkedjor eller processorientering:

”Om jag ska vara ärlig förstod jag inte först vad det var.” (Sjuksköterska)

”Det kan ju gå lite hastigt att komma med i en sådan här grupp. Det är inte så genomtänkt, inget man gått omkring och funderat över själv, det är inte på den nivån alls. Nu hör man ju om vårdkedjor var och varannan dag, nu är det som är i ropet, ha, ha, ha.” (Undersköterska)

Trots att syftet med vårdkedjeprojektet var oklart fylldes projektgrupperna med deltagare. En anledning kan ha varit att det var överläkare som var processledare och de medarbetare som tillfrågades kan ha uppfattat det som en skyldighet att delta. En helt annan tolkning är att läkarmedverkan i ett organisatoriskt utvecklingsprojekt väckte förhoppningar om att projektet verkligen skulle åstadkomma förändring och därför motivera ett deltagande. Ett tredje tänkbart motiv kan ha varit att deltagande i projektmöten kunde ge en välbehövlig paus och utrymme för reflektion i ett annars stressigt arbete. Det är tänkbart att alla tre motiven fanns med samtidigt, de motsäger ju inte varandra. Projektdeltagande upplevdes i så fall både som en skyldighet, en möjlighet till positiv förändring och en chans till distans och reflektion.

Olika vårdkedjor med lika mål och syften

De fyra projekten skulle beskriva vårdkedjorna för tämligen olika diagnoser, allt från leukemi med ett fåtal patienter per år, risk för dödlig utgång och flerårig behandling till underarmsfrakturer med ett tusental patienter per år och en diagnos- och behandlingstid på ett fåtal timmar. Projektgruppernas storlek kom också att variera från fem till elva deltagare beroende på hur många enheter som ofta berördes av den aktuella diagnosgruppen, allt från någon enstaka avdelning till fem-sex avdelningar. Styrgruppen hade emellertid formulerat ett och samma mål för alla projekten: ”att kartlägga och analysera patientens väg från hemmet via sjukhuset och åter hem samt föreslå eventuella förbättringsåtgärder som kan testas under hösten”. Dessutom formulerades ett gemensamt syfte som gick ut på att kvalitetssäkra vårdkedjorna, att testa och utbilda i användning av flödesscheman samt att ”främja allas delaktighet och ansvar samt öka medvetenheten om allas betydelse i arbetet i enlighet med en lärande organisations intentioner”.

Dessa mål och syften kunde ha hämtats ur en lärobok i processorientering eller vårdkedjor. Inspirationen till dessa begrepp kan härledas till principerna för ”lean production” som nämndes i början samt från Sjukvårdsprogrammets policy. Det är därmed svårt att se hur något av mål och syften för projekten växt fram ur verksamheten. Mål- och syftesformuleringarnas vaghet och allmänna karaktär bidrog till att det i de olika vårdkedjeprosjekten fanns olika uppfattningar om vårdkedjeidén och vad den skulle leda till.

”Jag uppfattade det att det var medicinskt, att man skulle få mer kunskap om det hela. Den uppfattningen fick jag.” (Sjuksköterska)

”Det där med vårdkedja, syftet känns som att få bättre kontakt med varandra, att man bättre vet vad den andre gör, att man ser helheten. Och att man i ett senare skede kan förbättra de saker som är fel. Men jag har uppfattat att det inte är förbättringar som vi ska göra i denna gruppen, utan att vi ska berätta och visa hur det ser ut. Och att när det är kartlagt, att det kan vara till hjälp för att... ja, vi behöver inte säga rationalisera, utan att få saker bättre, för i så här stora organisationer tror jag det är mycket som är ineffektivt. Det ser jag som ett syfte. Man kanske kan se att det är vissa vägar man inte behöver gå, att man kan förenkla. Ibland får jag en känsla av att vi har väldigt lite kontakt, vi är ganska slutna avdelningar, man vet inte vad dom andra gör och alla håller på sitt. De flesta har ju varit här länge, en 20-30 år och det är ingen som flyttar på sig så man får inte den rörligheten och förståelsen. Jag tycker redan, de få gånger vi träffats i den här gruppen så har man ändå fått lite mer insikt i det som man inte vet så mycket om. Jag är ju helt isolerad på min egen avdelning, ha ha.” (Läkare)

I början rådde alltså stor osäkerhet och oklarhet om varför projekten startat. Var det för att förstärka fackkunskapen, mötas över organisatoriska och professio-

nella gränser eller genomföra förbättringar och rationalisera organisationen? Det lite längre citatet ovan pekar på något som många upplevde – att specialisering och arbetsdelning lett till att en stor del av personalen sällan rörde sig utanför de egna avdelningsgränserna. Att det gick tämligen lätt att rekrytera medarbetare till projekten behöver alltså inte främst bero på att överordnades förväntningar måste tillfredsställas eller på en önskan att fly vardagsstressen. Det kan lika gärna förklaras med att deltagande upplevdes som en eftertraktad chans att få en bättre helhetsförståelse och en möjlighet att bidra till en effektivare organisering av vården.

Vårdkedjeprosjektens genomförande

Projektmålet ”att kartlägga och analysera patientens väg från hemmet via sjukhuset och åter hem” kom i realiteten snart att begränsas till i huvudsak patientens väg inom sjukhusets väggar. Men i övrigt framskred projekten ungefär utifrån de fastställda mål- och syftesbeskrivningarna. Projektgrupperna samlades ungefär varannan eller var tredje vecka under våren och hösten, sammanlagt ett tiotal timmar under lika många tillfällen. Under och mellan dessa möten ägnade man sig åt relativt likartade aktiviteter:

I tre av de fyra projekten togs flödesscheman över vårdkedjorna fram – en person med kunskap i lämplig programvara hade tid avsatt för att få fram tydliga ”kartor”. I det fjärde projektet kunde man istället presentera förloppet i exakta moment – 28 på röntgen, 32 på operation etcetera. I samtliga projekt sökte man också i olika utsträckning beräkna tidsåtgång för vård och transporter. I två av projekten intervjuades patienter/anhöriga för att få ett grepp om deras upplevelser av vården. Utöver detta utvecklade varje projekt sina egna aktiviteter, till exempel att definiera gränser mot andra vårdenheter som kunde beröra patientgruppen. Likheterna mellan projekten var emellertid klart större än skillnaderna.

Mot slutet av den tid som Sjukvårdsprogrammet finansierade projekten betonade programledningen vikten av att projektledningarna dokumenterade ”goda och intressanta” resultat. Tidigare hade betoningen legat på att ”goda processer” utvecklades, exempelvis i form av samverkan över organisatoriska och professionella gränser. Den nya förväntan ledde på sina håll till en febril aktivitet att formulera påtagliga resultat. Dessa resultat fick formen av tydliga och avgränsade ”produkter” som kunde tänkas härledas till projekten.

I det projekt som styrgruppen upplevde som mest lyckat, Projekt A, beskrevs en mängd resultat av olika slag. Några av dessa handlade om ändrade rutiner och procedurer, prov som befunnits onödiga hade slopats och prov som befunnits nödvändiga men ej förekommande hade införts och samordning mellan enheter hade förenklats en undersökning. Diskussionen kring en organisatorisk ”flaskhals” hade lett till att man sökt långtidsberäkna sina behov för att underlätta planering. Dessutom skulle framtagna flödesscheman i fortsättningen användas som undervisningsmaterial. Projektgrupperna var emellertid också duktiga på att framställa

annat som intressanta resultat från projektet, exempelvis att flödesscheman förstorsats upp till affischer som skulle användas på en stor kvalitetsmessa eller att projektet tydliggjort förväntad kvalitet i vårdkedjan, vilket underlättade fastställandet av vad som skulle betraktas som ”avvikande händelser”. Från projekt A hävdades också att projektet givit en känsla av delaktighet och en ökad förståelse av ömsesidiga beroendeförhållanden och andras arbetsförhållanden – helt i enlighet med Sjukvårdsprogrammets intentioner.

Från de tre andra delprojekten ansåg man sig också ha nått intressanta resultat, men av annat slag. Medan deltagarna i projekt A menade att vårdkedjearbetet på sikt var ”ett sätt att förankra ett vårdprogram” och att det skulle ”stimulera till att utveckla och underhålla vårdprogram som tryggar god kvalitet på medicinsk behandling och omvårdnad”, ansåg övriga projekt att så redan var fallet för deras del. De ansåg att de sedan länge arbetat strukturerat och resurssnålt och att vårdkedjeprojekten snarast belagt att så varit fallet. I den mån de funnit något som inte varit bra, exempelvis långa vänte- och transporttider, berodde det på faktorer som man ej kunde råda över i verksamheterna, såsom geografiska avstånd eller personalbrist. Huvudresultatet som framfördes var istället att man nu kunde konstatera att ”flödet har effektiviserats så långt som möjligt med nuvarande vårdstruktur”. Uttryck som ”väl uppbyggd verksamhet med väl strukturerad och planerad handläggning” eller ”mycket strömlinjeformat” användes för att karaktärisera processerna.

En gemensam nämnare mellan de fyra vårdkedjeprojekten var att information till och kommunikation med sjukhusets ordinarie verksamhet upplevdes som svår och tungrodd. Intresset för vad man gjorde i projektgrupperna uppfattades som ljust när man sökte informera några minuter då och då på avdelnings- och sjukhusmöten. Spekulationerna kring orsakerna till detta ointresse handlade i allmänhet om att läget på sjukhuset var så pressat av sparbetning, personalbrist, sjukhusfusionering och lokala omorganisationer att få orkade engagera sig. Några månader efter det att Sjukvårdsprogrammets finansiella och processuella stöd upphört hade projektgrupperna också avslutat sina aktiviteter. Styrgruppen fortsatte däremot sin verksamhet och nya vårdkedjor planerades och genomfördes.

Sammanfattning

Varför skulle verksamheten vid sjukhuset beskrivas och organiseras som vårdkedjor? Det finns inget som tyder på att vårdkedjeprojekten uppkommit på grund av att man upplevt något behov att ”processorientera” verksamheten. Idén verkar snarare vara en teoretisk konstruktion inspirerad av litteratur kring processer och flöden. I och med att idén kom utifrån, och inte från ett upplevt behov i verksamheten, var det svårt att konkretisera och implementera ett förändrat synsätt vad gällde verksamhetens organisering och drift. De resultat som uppnåddes fick inte heller några påtagliga återverkningar i verksamheten. Möjligtvis kan man tala om att projekten visat på värdet av att samverka över organisatoriska eller yrkesmäs-

siga gränser för de som deltog i projekten. I den mån projekten visade på brister i ”flödena” eliminerades dessa förutsatt att det inte krävdes några större resursförstärkningar. I vårdkedjeprojektens slutdokument fanns röster som hävdade att sjukhusets intresse för vårdkedjor i första hand var ett uppkommet legitimeringsbehov. Vårdkedjor var ett bra sätt att i processtermer beskriva hur man arbetade på sjukhuset, så att det tydligt framkom att verksamheten redan drevs rationellt och kostnadseffektivt.

Projekt med olika förutsättningar – en jämförelse

Av de sju vårdkedjeprojekt vi studerat representerar de två som beskrivits ovan väldigt olika sätt att såväl tolka uppgiften – att utveckla vårdkedjor – som att genomföra den. Högsbo- och BUS-projekten startade från olika utgångspunkter och ledde till olika resultat.

Högsboprojektet utgick från en upplevd brist på kvalitet i vården och arbetet anpassades till detta problem. Istället för att tillämpa det generella vårdkedjekonceptet användes endast de delar som kunde stödja en lösning av det lokala organiseringsproblemet. Högsbo-projektet kan därför sägas ha gjort en ”sektiv översättning”. BUS-projektet utgick däremot inte från en lokalt framväxt syn om att sättet att organisera vården på sjukhuset måste förnyas. Tvärtom fanns en övertygelse om att man på sjukhuset gjorde en mycket bra insats, såväl kostnadseffektiv som högkvalitativ. Problemet var snarast att centrala aktörer på politisk och administrativ nivå inte gav sjukhuset en möjlighet att kontinuerligt bygga vidare på inslagna vägar, utan framtvängde åtgärder som riskerade att rasera en framgångsrik verksamhet. I en sådan situation blev den viktigaste strategiska uppgiften att försvara verksamheten mot fortsatt eruption. Den populära idén om vårdkedjor kunde här användas som ett redskap för att i detalj visa hur arbetet organiserats. Därför tillämpades en standardmodell för hur vårdkedjearbete bör bedrivas – modellen blev liktydig med lokal anpassning. BUS-projektet kan därför sägas ha gjort en ”imiterande översättning” av vårdkedjekonceptet.

Vårdkedjearbetet i Högsboprojektet blev – efter en del initialsvårigheter – en naturlig del av vardagsarbetet. Implementeringen blev relativt oproblematisk och genomfördes efter hand i små steg. Projektet kännetecknades av lokal problemanpassning. Centrala aktörer uppfattade projektet som framgångsrikt och det konceptualiserades som modell, tänkt att spridas till andra enheter inom vården. Som kontrast förblev kopplingarna till den löpande verksamheten i BUS-projektet svaga. Redan från start uppkom delade meningar om konceptets giltighet för att förnya verksamheten. Projektet levde relativt isolerat från den löpande verksamheten och implementeringen bestod huvudsakligen av korta informationer och presentationer av flödesscheman. Efter att finansieringen upphört tenderade projektet att avklinga medan nya uppstod.

Det är väsentligt att se projekten i ett vidare sammanhang, såväl lokalt som i en sjukvårdskontext. Ur ett lokalt perspektiv upplevde inte aktörerna i BUS-projektet att verksamheten i första hand behövde omorganiseras eller förnyas, utan snarare att den behövde stabiliseras så att man kunde utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt. Däremot reagerade man starkt på den press sjukhuset utsattes för i form av besparingar, sammanslagningar av sjukhus och krav på nya sätt att organisera vården mer kostnadseffektivt. Vårdkedjeprojekten spelade här en viktig roll. De kunde användas för att visa upp en god vilja att tillämpa – och till och med imitera – populära organiseringskoncept, men också för att bevisa att verksamhet redan bedrevs resurssnålt och med kvalitet i paritet med vad resurstilldelningen tillät. Även om vårdkedjeprojekten inte nämnvärt påverkade verksamheten fanns det alltså goda skäl att starta nya – behovet att legitimera verksamheten var fortsatt stort. Projektet använde ett koncept som syftade till att nå huvudmannamål, men på ett sätt som skapade argument mot fortsatt förändring av det slag huvudmannen hittills bedrivit.

I Högsboprojektet var legitimitetsbehovet sekundärt – det var inte gränssytorna mellan vårdenheter och huvudmän som var utsatta för omvärldens rationaliseringsintresse. Vårdkedjekonceptet användes istället primärt för att lösa lokalt uppkomna organiseringsproblem. Den allmänna uppfattningen var att projektet lyckades utveckla en lokalt anpassad lösning på problemet. Därmed blev det också intressant för centrala aktörer att använda som förebild och generell modell, vilket ökade projektets legitimitet. En tänkbar följd av detta är att Högsboprojektets modell imiteras för att legitimera andra utvecklingsinsatser, kanske som ett argument mot centrala aktörers intentioner.

Enligt Blomquist (1996) är legitimering en avgörande drivkraft för organisationer. Det är alltså betydelsefullt att verksamheten upplevs tillföra ett positivt värde för viktiga intressentgrupper. Ett sätt att skapa en positiv bild av organisationen och samtidigt skydda den etablerade verksamheten från omvärldens drastiska förändringskrav är att pröva aktuella förnyelseidéer i projektform. Kopplingen mellan vad som å ena sidan egentligen görs i verksamheten och vad som å andra sidan sägs känneteckna verksamheten – exempelvis i form av moderiktiga, framtidsinriktade och från ordinarie arbete frikopplade projekt – tenderar därför att bli svag (Brunsson 1989). BUS-projektet i synnerhet, och det organisatoriska utvecklingsarbetet i allmänhet, tycks bekräfta dessa antaganden. Legitimeringsarbetet var betydelsefullt och genomtänkt i BUS-fallet. Det är också troligt att den ensidiga betoningen på legitimering ledde till att man tillämpade vårdkedjekonceptet enligt kokboken. Högsbo-projektet hade också en legitimerande funktion – ett modernt vårdkoncept prövades – men syftet var framför allt att mer permanent lösa ett interorganisatoriskt problem. För att lyckas med detta måste en ”selektiv översättning” göras och en lokal vårdkedjemodell utvecklas.

Var det en slump att legitimeringsbehovet var så stort i BUS-projektet att något egentligt lokalt utvecklingsarbete inte kom tillstånd? Och var det en till-

fällighet att Högsbo-projektet lyckades lösa ett organiseringsproblem man länge brottats med och dessutom upphöjas till allmän förebild? Det är uppenbart att projektens förutsättningar var radikalt olika. I ett kommande avsnitt behandlas därför dessa förutsättningar och vilken betydelse de kan ha när det gäller att driva organisatoriskt utvecklingsarbete.

Utvecklingsprojekt som spegelbilder

Inledningsvis granskades idén om vårdkedja och dess tillämpning i vården. Bakom denna idé finns en mängd antaganden och föreställningar om hur vården idealt borde organiseras. Vi har främst intresserat oss för vad som händer när idén och konceptet vårdkedja tillämpas i konkreta sammanhang. Utifrån studier av sju vårdkedjeprojekt valde vi därför att fördjupa bilden genom att mer detaljerat beskriva och analysera två projekt med olika villkor och sätt att hantera vårdkedjekonceptet på. De båda projekten representerar var sitt projektblock (se texten nedan samt Lindberg och Trägårdh 2000). Vad som hände tycktes mest bero på i vilka *sammanhang* projekten formades. I det ena fallet – BUS-projektet – användes vårdkedjeprojekt i huvudsak för att legitimera verksamheten, medan det i det andra fallet – Högsbo-projektet – främst användes för att lösa ett sedan lång tid uppkommet och etablerat organiseringsproblem.

I detta avsnittet kommer vi först att sammanfatta och diskutera tolkningen av vårdkedjeidén i de båda projektblocken. Därefter presenteras ett par teser kring relationen mellan situationen som råder i hälso- och sjukvården och konsekvenser för utvecklingsarbetet. Slutligen diskuteras hur man kan förstå vårdkedjeprojektens resultat.

”Breda” och ”smala” projekt

Som framgick av beskrivningen av de sju projekt vi studerat fanns två sinsemellan skilda grupperingar. Den ena gruppen bestod av projekt med tydlig hemhörighet i sjukhusvården medan de övriga hade sitt ursprung i eller bedrevs i primär- och kommunala vården. I de båda blocken gjordes olika tolkningar av idén om vårdkedja.

I de projekt som i huvudsak styrdes från *primär- och kommunalvården* inriktades arbetet på patienternas alla kontakter med sjukvården, det som ibland kallas ”patientens väg från hem till hem”. Den egna verksamheten, i kommunal eller landstingsregi, sågs som en del av ett större sjukvårdssystem, där begreppet vårdkedja fick sin mening först när helheten beaktades från ett patientperspektiv. Det innebar att projekten på ett mer övergripande sätt beskrev ”breda vårdkedjor” som berörde personal över huvudmannagränser.

Projekten inriktades på att öka helhetsförståelsen genom dialog över huvudmannagränser. Utgångspunkten var att det fanns ett ömsesidigt beroende mellan

olika vårdgivare, men att det saknades kunskaper om vårdprocedurer eller rutiner vid vårdövergångar. I ett fall inriktades projektet på att lära känna andra vårdinstanser i en för den valda patientgruppen tänkbar vårdkedja. I ett annat fall kombinerades "lära-känna"- intentionen med att också sprida för patientgruppen relevanta kunskapsrön. I båda fallen skapades en struktur för att upprätthålla kontaktvägarna mellan vårdinstanser, exempelvis i form av nät av samordnare eller "resurspersoner" med uppgift att bevaka god kvalitet vid vårdövergångar.

Till skillnad från primär- och kommunalvårdsprojekten var *sjukhusprojekten* främst inriktade på att undersöka patientarbetet inom sjukhusets ramar. Dessa insatser var tämligen komplexa och innefattade flera enheter med sinsemellan organisatoriskt och behandlingsmässigt vagt kopplade verksamheter. På ett specialistsjukhus är det långt ifrån självklart hur patienter med eller utan klara diagnoser rör sig mellan olika instanser, speciellt om det handlar om akuta fall. Uppgiften att kartlägga de interna "kedjorna" var i allmänhet en relativt komplex uppgift, men det innebar ett närstudium av den egna sjukhusinsatsen och nästan inga sjukhusexterna kontaktytor kopplades in i arbetet.

Projektet inriktades på att kartlägga insatser som utifrån en diagnos kunde betraktas som ett flöde indelat i ett antal sekvenser. Det mest uttalade syftet var att undersöka om det fanns någon rationaliserings- eller förbättringspotential. Arbetet ägde rum i planerade faser enligt modellen kartläggning – analys/diskussion – eventuell förbättring. Jämfört med primär- och kommunalvårdsprojekten blev projektet mer inriktade på tekniskt korrekta beskrivningar av sammankopplade vårdinstanser och mindre inriktade på dialog mellan vårdgivare utifrån ett givet problem. Projektet resulterade bland annat i detaljerade flödesbeskrivningar och om möjligt att upptäckta hinder åtgärdades.

Jämförelse mellan de båda blocken

Primär- och kommunalvårdsprojekten företrädde en tolkning av vårdkedjekonceptet med betoning på *utveckling av de sociala relationerna*. Egna modeller utvecklades med nära kontakter till den löpande verksamheten i olika organisationer. Problem löstes i den operativa verksamheten, vilket ledde till en mer rationell drift och deltagarna utvecklades genom kommunikation och socialt samspel. Sjukhusvårdsprojekten betonade *rationalisering* av verksamheten. Vårdkedjekonceptet enligt handboken utgjorde mall. Den direkta påverkan på det löpande arbetet blev tämligen blygsam, främst beroende på att utrymmet för ytterligare rationalisering och förbättring upplevdes som starkt begränsat med tillgängliga resurser. De båda blocken sammanfattas kortfattat i Figur 1 nedan.

Hur kommer det sig att så olika tolkningar gjordes? Om man utgår från de faktorer som beskrevs i modellen ovan skiljer sig grupperna åt i framförallt tre avseenden – var utvecklingsarbetet drevs, vad det handlade om och hur det gick till. Lite mer utförligt kan olikheterna uttryckas på följande sätt:

Primär- och kommunalvårdsprojekten initierades och drevs av den generalist-inriktade primär- och kommunalvården över organisatoriska gränser, medan sjukhusvårdsprojekten drevs av specialister på sjukhus, det vill säga inom organisatoriska gränser.

Primär- och kommunalvårdsprojekt	Sjukhusprojekt
Generalist-(primär-) vårdsinitierat	Specialist-(sjukhus-) vårdsinitierat
Interorganisatorisk utveckling	Inomorganisatorisk utveckling
Föra dialog, ”förstå” – ”mjukvara”	Kartlägga, effektivisera – ”hårdvara”
Främst en lärandeprocess	Främst en legitimeringsprocess
Operativa frågor i centrum	Strategiska frågor i centrum
Egen modell – framväxande design	Konceptföljande– enligt handbok
Stark koppling till löpande verksamhet	Svag koppling till löpande verksamhet
Modellen sprids i regionen	Modellen sprids på sjukhus

Figur 1. Komponenter i två utvecklingsmodeller.

Primär- och kommunalvårdsprojekten handlade om att utveckla kommunikation över organisationsgränser och operativa frågor stod i centrum för en kognitiv lärandeprocess. Sjukhusvårdsprojekten var inriktade på kartläggning och rationalisering inom en organisation och fokuserade strategiska frågor i en politisk legitimeringsprocess.

Samtliga projekt bedrevs som avskilda från det löpande arbetet och de permanenta organisationerna. Primär- och kommunalvårdsledda projekt tillämpade en framväxande design och använde ”mjuka” metoder och trots att de bedrevs i projektform fanns en direkt koppling till den löpande verksamheten. De sjukhusledda projekten var indirekt kopplade till den löpande verksamheten och arbetade enligt handboken med ”hårda” tidsstudieverktyg.

Det är inte självklart att vare sig den organisatoriska hemvisten, innehållet i utvecklingsarbetet eller förändringsstrategin ensamt kan förklara mönsterbildningen eller att en av punkterna är orsak och de andra är följder. Tvärtom är det troligt att de ömsesidigt påverkar varandra. Forskning kring förändringsstrategier ger inte belägg för att en strategi generellt sett kan sägas vara att föredra oavsett situation (Wilson 1992; Lindberg 1999; Melin 1998). Med samverkansforskningen är det likadant – det finns inget som säger att det är lättare eller mer framgångsrikt att utveckla samverkan interorganisatoriskt än intraorganisatoriskt (Trägårdh 1997). Vi menar därför att frågan om varför projekten utvecklades så olika bäst besvaras genom att försöka förstå det konkreta sammanhang som sjukvårdsorganisationerna befann sig i och reda ut de samband som fanns mellan var projekten bedrevs, hur de bedrevs och vad de avsåg att utveckla (Pettigrew 1992).

Två teser

I hälso- och sjukvårdens organisatoriska utveckling det senaste decenniet kan två tydliga tendenser urskiljas. Den ena tendensen bygger på ökad specialisering och på skapandet av tydligt avgränsade enheter med egen budget, hierarki och ansvar (Brunsson och Sahlin-Andersson 1998). Den andra tendensen är en ökad fokusering på samverkan över gränser för att öppna upp gränserna mellan enheterna (Löfström 2001). Dessa samtidigt försök att såväl skapa som överskrida gränser kan beskrivas som en organisatorisk paradox. Dessa utvecklingstendenser pågår i såväl sjukhus-, primär- och kommunalvården, trots att man arbetar utifrån olika organisatoriska och professionella logiker. Det får konsekvenser i verksamheterna.

Sjukhusvården är byggd för att hantera komplexa uppgifter, vilket kräver både djup specialistkunskap och samordning mellan många specialiteter. Av detta skäl samlas verksamheten i stora komplex uppdelade i enheter specialiserade på en typ av sjukdomar, en typ av ingripanden eller en del i ett diagnos- eller behandlingsflöde. Kunskapsutveckling inom medicin och kirurgi i kombination med administrativa reformer, som främjat uppdelningen på allt fler specialistområden, har skapat en organisatorisk struktur som kännetecknas av en alltmer långtgående arbetsdelning. Som en följd har samordningsproblemen ökat, vilket lett till en mängd försök att skapa mer samordnade strukturer, till exempel genom vårdkedjor. Utvecklingen tyder dock på att specialiseringen kommer att fortsätta, delvis utifrån argumentet att säkerställa tillvaratagandet av ny kunskap. Det är inte bara läkare som specialiserar sig utan även andra yrkesgrupper som sjuksköterskor och tekniker. Administrativa reformer har också bidragit till att skapa gränser i hälso- och sjukvården. Verksamheterna betraktas numer som organisationer, som avgränsade enheter med egna budgetar och ansvarsområden. Utvecklingen mot ökat gränsskapande utmanas emellertid av samhälleligt spridda normer och ideal som bygger på värden som bred delaktighet, jämlikhet och fokusering på "kundens" problem.

I detta sammanhang blir idén om vårdkedja en tvehövdad företeelse i sjukhusvården. Å ena sidan kan vårdkedjor ses som sedan länge etablerade företeelser inom sjukhusvården. Denna är likt industriföretag i grunden organiserad för att hantera flöden – inflöden av "råmaterial" i form av sjukdomstillstånd, "stationer" för bearbetning och utskrivning samt kvalitetskontroller. Vårdkedjor upplevs därför sällan som en kvalitativt ny och främmande företeelse, snarare anser många att verksamheten redan *är* flödesorienterad. Vårdepisod och vårdprogram är redan etablerade flödesbegrepp. Det är snarast vårdkedjebegreppet som sådant som är nytt. Å andra sidan utmanar vårdkedjan etablerade sjukhusvårdsinstitutioner genom att betona flödet och tona ned funktionen, uppmuntra till ömsesidig anpassning och förståelse över professionsgränser och inte till fortsatt samordning via inomprofessionella nätverk eller hierarkisk lydning. Vårdkedjor blir ur

detta perspektiv exempel på en förnyelse som främst speglar samhällliga normer och inte etablerade tanke- och handlingsmönster i specialistvården. Att i grupper med representanter för olika professioner och enheter beskriva, diskutera och förbättra patientflöden kan vara en delvis ny och viktig erfarenhet – att utveckla vårdkedjor kan bli inkörsporten till *nya sätt att kommunicera över gränser*.

Primär- och kommunalvården är organiserad som lokala öar mitt i samhället, vårdcentraler, sjukhemsvård, hemsjukvård etc. Där mottas idén om vårdkedja på ett annat sätt. Som primär- och kommunalvårdare är personalen förhållandevis generalistinriktad och måste ha ett helhetsperspektiv på patienten. Här möter man patienter med många slags åkommor och sjukdomsbilder. Vissa patienter har man inte kompetens eller teknik att diagnostisera eller behandla. Därmed blir god insikt om vart patienterna skall remitteras och goda relationer till dessa instanser ett direkt stöd i arbetet. Dessutom sker en stor del av återbesök i primärvården och kunskap om vad som hänt och vad som i fortsättningen bör göras är avgörande för att kunna utföra ett gott arbete. Då patienten och inte det aktuella sjukdomstillståndet är fokus för primär-/kommunalvård blir ”vårdkedja” ett tämligen oproblematiskt begrepp.

Mellan primär-/kommunalvård och specialistvård på sjukhus råder i generell mening ett ömsesidigt beroende. Primärvården fungerar som en sluss till och mottagare av specialistvårdens tjänster. I den dagliga verksamheten framstår dock primär- och kommunalvården som den beroende parten. Specialistvården levererar kunskaper och utbildar i färdigheter och avgör hur och när primär- och kommunalvården skall remittera till specialistvård. För primär- och kommunalvården kan vårdkedjeorientering redan på kort sikt innebära både att det dagliga arbetet underlättas och att kompetensen förstärks. För sjukhusvården är poängen mindre uppenbar och kontakterna mot primär- och kommunalvården får i hög grad bygga på professionellt engagemang och/eller långsiktiga visioner om en bättre totalvård.

Det är i första hand sjukhusvården som granskas och utsätts för förändringar när hälso- och sjukvården drabbas av kritik för att sjukvårdskostnaderna fortsätter att vara höga, verksamheterna att vara svårstyrda enligt planerna och då kvalitetsproblem uppmärksammas massmedialt. Förändringstrycket skapar en ”organisatorisk stress” som i sig leder till en beredskap att pröva nya organiseringskoncept som utlovar en lösning på problemen. Då man på operativ nivå sällan upplever att verksamheterna är lågproduktiva utan tvärtom att såväl produktivitet som kvalitet håller hög klass, blir värdet av nya managementkoncept i mindre grad en fråga om förändring och mer en fråga om att visa en krass omvärld att verksamheten är kostnadseffektiv och högkvalitativ. Det var detta som hände i sjukhusvårdens vårdkedjeprosjekt. I de projekt vi studerat ser vi följande samband:

Ju mer organisatorisk stress i form av exempelvis besparingar, organisationsförändringar och mager organisering, desto större behov av legitimering och desto mindre utrymme för utvecklingsarbete som utgår från den egna organisationens förutsättningar och problem.

Gemensamt för samtliga projekt var att de bedrevs i ”magra” organisatoriska miljöer, vilket innebär att de inre processerna redan var hårt rationaliserade genom flera års besparingar och organisationsförändringar. De sjukhusdrivna projekten var dock främst inriktade på rationalisering inom organisationen. Interna vårdkedjor kartlades, vilket framför allt ledde till utveckling av verktyg för att synliggöra och mäta vårdens effektivitet och kvalitet. De tillförde strategiska värden, då resultaten kunde användas för att stärka försvaret mot ytterligare ”avmagring” av verksamheten, vilket i sin tur på längre sikt kan ge förutsättningar för utveckling. Däremot blev effekten av dessa tidstudieliknande projekt⁴ på den dagliga verksamheten tämligen blygsam. De ledde inte heller till vad som brukar avses med organisatorisk utveckling i form av till exempel nya arbetsformer.

Sådan verksamhetsutveckling kom främst till stånd i de av öppenvården ledda projekten. Den huvudsakliga anledningen var att de inriktade sig på att utveckla *samverkan över organisatoriska gränser*. Utvecklingsarbetet inriktades alltså på ett tämligen obearbetat område med stor utvecklingspotential för såväl mer rationell drift som nya verksamhetsformer. Här fanns inga färdiga lösningar, utan pragmatiska koncept fick byggas upp efterhand utifrån de problem som skulle lösas. Arenor skapades där personal från öppen- och slutenvård kunde mötas och utveckla förutsättningar för en helhetssyn på vården. Den slutsats vi drar är följande:

Potentialen för att lyckas med koncept som syftar till rationalisering och verksamhetsutveckling inom resursmagra sektorer som vården finns främst i samverkan över organisatoriska gränser, exempelvis bedrivna som interorganisatoriska projekt.

Sammanfattningsvis kan sägas att projekten drog åt en av två idealtyper – tekniskt-rationella inomorganisatoriska projekt primärt i syfte att förstärka legitimiteten och strategiskt försvara verksamheten och dialogorienterade interorganisatoriska projekt som syftade till att utveckla det samspelet på det operativa planet. Uppdelningen i två grupper är dock att betrakta som en generalisering, vilket innebär att det finns variationer såväl inom grupperingarna som en flytande gräns mellan dem. Exempelvis fanns också i sjukhusprojekten inslag av dialoger över gränser inom sjukhusets ramar som ledde till förändring av verksamheterna. Vi

⁴ Det kan vara värt att notera att tidsstudier tidigare varit ett entydigt arbetsgivarintresse – idag kan rollerna ses som ombytta, det är personalen som mäter sig själva i syfte att framhäva effektiviteten i arbetet.

hävdar dock att projekten visar att förutsättningarna för att bedriva rationaliserings- och utvecklingsarbete – exempelvis i form av vårdkedjor – skiljer sig markant åt i olika delar av vårdsektorn, såväl beroende på de inneboende delarnas karaktär som den aktuella situation de befinner sig i. Vi har bara ytligt berört dessa olika betingelser. En djupare förståelse för betingelserna är ett villkor för att bedöma hur olika utvecklingssatsningar tolkas och översätts till den egna praktiken.

Resultat – att vilja (framhäva något)

Resultat är ett laddat och starkt legitimerande begrepp. Normalt avses effekter eller konsekvenser av vissa avgränsade handlingar. Då det är svårt att fastställa sambandet mellan handling och konsekvens i den sociala världen (Elster 1988) öppnas utrymme för argumentering och retorik. Beroende på intresse kan goda eller dåliga resultat lyftas fram. När ett projekt startar kan det exempelvis leda till både konflikter, resultatlösa diskussioner och sjukskrivningar bland de deltagande, men också till ökad fokusering på kundtillfredsställelse och bättre förutsättningar för god arbetsmiljö på sikt. Men när resultat skall beskrivas för en större publik betonas vanligen inte alla dessa resultat.

Människors handlingar bestäms sällan av ett dominerande tanke- och värderingssystem utan i mötet mellan en mängd influenser från skilda och ibland motsatta idévärldar (Whittington 1992). Därmed finns ett utrymme för att annorlunda och överraskande förhållningssätt uppstår, inte minst när uppgiften är att granska och ifrågasätta rådande strukturer och arbetssätt. Vårdkedjeprojekten kan därmed ses som arenor för olika aktörsgrupper och intressen. På dessa arenor interagerar exempelvis politiker, organisationsledningar, professionella grupper, externa finansörer och brukarrepresentanter. Utvecklingsprojekten bör emellertid inte enbart betraktas som avspeglningar av den organisatoriska kontext de verkade i, projekten utvecklade också en relativ autonomi gentemot olika aktörer i omgivningen (Willmott 1987).

I de projekt vi studerat har Sjukvårdsprogrammet varit en central aktör som agerat styrpartner och därmed gett impulser till projekten. Det har bland annat inneburit att deltagare från olika projekt mötts på konferenser och att representanter från Sjukvårdsprogrammet kontinuerligt sökt påverka projektens inriktning och arbetsformer. I vissa fall har projekten använt sig av Sjukvårdsprogrammet som en skyddsmantel för att skapa en distans till den permanenta organisationen. Samtidigt har programledningen utövat påtryckningar för att projekten skall vara tydligt förankrade i verksamheten. I andra fall utvecklade projekten en relativ autonomi gentemot Sjukvårdsprogrammet, exempelvis genom att driva igenom en bredare definition av vårdkedjan än den som förespråkades av Sjukvårdsprogrammets företrädare.

Resultat skall alltså betraktas som konstruktioner som sker i ett komplext socialt samspel mellan olika intressen och aktörer. När resultat konstrueras är de i sig resultat av förhandlingar mellan olika intentioner och intressen. I många fall blir det en maktfråga vem som har det så kallade "tolkningsföreträdet" när det gäller att formulera problem, lösningar och resultat (Alvesson 1993). Slutsatsen av detta är att många vill "konstruera" för dem lämpliga resultat, men att en enskild part sällan har möjlighet att göra så utifrån intressen som ej delas av andra centrala aktörer. I följande avsnitt kommer vi att diskutera aktörer som varit centrala för de resultat som konstruerats i de utvecklingsprojekt vi studerat.

Resultatkonstruktörer

Vem har bestämt hur projektresultaten skall formuleras och kommuniceras? Det finns inget enkelt svar på den frågan, men vi kan identifiera tre intressentgrupper som på olika sätt förhållit sig till projekten och påverkat vad som skulle betraktas som resultat – finansiären, projekten och aktörer i de permanenta organisationerna. I dessa grupper rådde inte konsensus, utan man hade delvis olika intressen, viljor och uppfattningar om vad projekten betydde för vården.

Sjukvårdsprogrammets ledning

En av parterna som påverkat projektens resultat var ledningsgruppen för Sjukvårdsprogrammet. Huvudfinansiären formulerade värderingar som skulle vara styrande för projektens arbete. Dessa värderingar kan sägas knyta an till en socio-teknisk tradition med starkt fäste på Arbetslivsinstitutet. Många av institutets program kännetecknas av denna grundsyn, att såväl teknik som människa skall utvecklas i samklang, men utifrån vad som är gott för människans utveckling. I den bemärkelsen agerade de enhetligt och utifrån en maktposition och kan därför beskrivas som en stark part. Värderingarna var dock mer att betrakta som generella godhetsvärden, vagt styrande och förhandlingsbara utgångspunkter. Trots att Sjukvårdsprogrammet hade den formella makten att utesluta och innefatta projekt under programmets gång kan alltså toleransen för vad som kunde ingå i programmet anses vara stor. Men värderingar var ändå verktyg för programledningen att medvetet utmana sjukvårdens traditionella sätt att bedriva utvecklingsarbete, exempelvis genom att uppmuntra till samverkan över professionella och organisatoriska gränser. Som utomstående experter på utvecklingsarbete och med makt att definiera vilka projekt som skulle ingå i programmet, kunde de utöva inflytande på hur projekten skulle drivas och leda till resultat som låg i linje med programmets värderingar.

De aktörer som utgjorde programmets kärntrupp förde diskussioner med projekt- och verksamhetsledningar och bestämde den övergripande strukturen för projektens agendor – tidsutsträckning, budget, dokumentationskrav, nationella och regionala konferenser. Därefter fördes kontinuerliga samtal om vad projekten

gjorde och resulterade i, dels internt och dels med respektive projekt. Bland kärntruppens medlemmar fanns emellertid olika tolkningar av hur idealen skulle förstås och implementeras, vilket avspeglade sig i de signaler som projekten fick. Kärntruppen kom emellertid att ha ett stort inflytande över hur projektgrupperna formulerade sina insatser och mot slutet också vilka resultat som uppnåts. Under hela Sjukvårdsprogrammets tid betonade dess ledning vikten av lärande, sociala processers betydelse och att detta i sig var viktiga resultat. Majoriteten av mottagarna var präglade av kunskapsbildning inom medicin, vård och omsorg, där begreppet resultat inte nödvändigtvis gavs samma mening. I den dubbla rollen av experter på utvecklingsarbete och finansiär fick kärntruppen i sådana diskussioner ett tolkningsöverläge. Idén om process som resultat – en främmande tanke hos många vårdgivare – introducerades och förankrades.

Projektledning

Då de styrande värderingarna kunde ges breda tolkningar och signalerna från programledningen var otydliga och ibland motstridiga ökade möjligheten för projekten att driva processer och formulera resultat utifrån egna intentioner. Att kunna påvisa resultat berörde projektledningarna i högre grad än övriga projektdeltagare. Osäkerhet kring dokumentationens form och innehåll gjorde att projektledningarna var lyhörda för signaler från programmets initiativtagare. Intresset var inte påtvingat, snarare bidrog det till att reducera en del osäkerhet hos projektledningarna. Kontakterna mellan kärntruppen i Sjukvårdsprogrammet och projektledningarna var relativt frekventa, vilket gav utrymme för dialog mellan parterna. Projektledningarna utgjordes i hög grad av personer inom sjukvården som utvecklat en kombinatorisk kompetens med rötter i vårdprofessionerna men med en inriktning mot och ett långsiktigt engagemang i organisationsutveckling. Lyhörheten hos dessa personer byggde alltså inte bara på osäkerhet eller beroende av finansiellt stöd utan också på viss värdegemenskap.

Projektdeltagarnas engagemang var i många fall mer temporärt och slumpartat än projektledningarnas och de hade olika syften med att delta i projektarbetet. För många framstod deltagandet i Sjukvårdsprogrammets utvecklingsmodell som främmande och ibland gåtfullt. Vi kunde dock iaktta en växande tillhörighet med projekten och dess målsättningar, men i varierande grad beroende på vilken position man fick i projektet och hur starkt projektet lyckades utveckla en särpräglad identitet. De interorganisatoriska projekten kom att framstå som mer unika och möjliga att identifiera sig med för projektdeltagarna. Med sitt projektdeltagande lämnade man sin permanenta organisation för att delta i ett ostrukturerat bygge i gränslandet mellan olika huvudmän. Projektledningarna utvecklades till något av intraprenörer. Situationen var betydligt kärvarare för de intraorganisatoriska projekten, där politisk skicklighet i en spänningsfylld organisatorisk miljö blev en viktig kompetens och där deltagandet för många handlade om representation snarare än ett gemensamt sakengagemang (Wikström 1995).

De permanenta organisationerna

Ett villkor för deltagande i Sjukvårdsprogrammet var ordentlig förankring i de permanenta organisationerna. Projekten var fortsättningar på redan existerande utvecklingsåtgärder och var därför intressanta att bevaka för de organisationsledningar som ansvarade för utveckling av verksamheterna. Ledningar engagerade sig dock i olika grad och ibland också i olika skeden. För interorganisatoriska projekt, som rörde sig i gränslandet mellan huvudmän, var det inte helt klart vad som skulle betraktas som organisationsledning. Detta skulle kunna ha lett till att projekten inte fick mandat att gå vidare. Det visade sig emellertid inte vara något stort problem, istället kunde projekten agera relativt självständigt. Ledningarna var inte heller särskilt styrande i de intraorganisatoriska projekten. Projekten kunde ur ett ledningsperspektiv betraktas som tämligen små företeelser i komplexa verksamheter med många organisatoriska förändringar. Det var främst när kärntruppen från Sjukvårdsprogrammet kom på besök som ledningspersoner engagerades i förhandlingar om projektens syften och roll för verksamheterna.

Projektet berörde i varierande utsträckning personal utanför projektet. Den personal som i huvudsak berördes av utvecklingsarbetet i de interorganisatoriska projekten var nära kopplade till projektet. De deltog på olika sätt i projektets arbete och accepterade nya förhållningssätt och rutiner som projektet resulterade i, vilka sällan var kontroversiella då de inte utmanade etablerade överenskommelser. De intraorganisatoriska projekten präglades inte av konsensus i samma utsträckning utan det fanns exempel på projekt som kom i direkt konfrontation med professionella aktörer som ej deltog i det formella utvecklingsarbetet. De rörde sig i en starkt politisk miljö, där förändringar innebar utmaningar för åtminstone några i den ordinarie verksamheten. Projekt kunde uppfattas som "imperialistiska" i det att roller, uppgifter och inflytandesfärer kunde hotas. I något fall ledde konflikten till att projektets resultat "avskrevs" (se nedan) och istället tillskrevs aktörer i den ordinarie verksamheten. Därmed marginaliserades hela projektet.

En sammanfattning

Om vi sammanfattar vilka aktörsgrupper som varit avgörande för hur resultaten formulerats och kommunicerats framstår mötet mellan två referensramar som avgörande – Sjukvårdsprogrammet och projektledningarna. I vissa fall har också organisationsledningar och personal utanför projektet haft avgörande betydelse. I huvudsak kan dock sätten att konstruera resultat ses som kompromisser mellan två världar som delvis sammansmälter och delvis står för olika värden. Mötet kan sägas ha två dimensioner. Projektledningarna kan ses som representanter för den operativa vården medan Sjukvårdsprogrammet representerar strategiska förändringsambitioner.

Den fortsatta texten kommer att behandla två fenomen. Det första rör vad som betonas när det gäller projektresultat – processer eller produkter. Här handlar det framför allt om dialektiken mellan Sjukvårdsprogrammet och projektledningarna. Det andra fenomenet gäller vad som gör att aktiviteter ses som resultat av ett projekt eller av något utanför ett projekt – vi kallar det tillskrivning och avskrivning. Denna fråga avgörs främst i den interna dynamiken mellan projekt och löpande verksamhet. Sammantaget konstrueras olika slags resultat beroende på interaktionen mellan ömsesidigt beroende parter.

Hur ser goda resultat ut?

Vi kommer här att diskutera resultat utifrån projektens relation till olika aktörer. För det första hade projekten ett åtagande gentemot sin externa finansiär som bland annat innebar att de i en slutrapport skulle presentera vad projektet resulterat i. För det andra hade projekten en relation till de permanenta organisationerna där det gällde att visa upp och återföra resultat som projekten åstadkommit. Vad som kom att betraktas som resultat och vad som var resultat av just utvecklingsprojekten varierade dock.

Process eller produkt?

Vad som är eftersträvansvärda resultat kan variera – kriterierna är inte givna. I våra projekt kan detta exemplifieras med att projektens resultat konstruerades i samspel med finansiären och pådrivaren. Sjukvårdsprogrammet betonade i början att goda *processer* i sig var att betrakta som eftersträvansvärda resultat. En lyckad process var exempelvis om det utvecklades en god och jämlik dialog i projektgrupperna. Det var i flertalet fall en nyhet för projektdeltagarna som i sin medicinska och omvårdnadskontext var vana att se resultat som mätbara effekter av gjorda handlingar. Projektledning och deltagarna började successivt ändra sina förhållningssätt och såg värdet i att beskriva och lyfta fram processerna och vad de medförde i form av ”mjuka” resultat, såsom t ex ändrade attityder, ökad förståelse.

När projekttiden led mot slutet ändrades dock tongångarna. Sjukvårdsprogrammets representanter betonade då vikten av resultat i traditionell mening, som *produkter* vilka man kunde visa upp – exempelvis en organisatorisk innovation, nya medicinska färdigheter eller en ny rutin. Ett resultat av denna förändrade förväntan blev att ledare och deltagare i projektgrupperna började formulera det som åstadkommit som såväl goda processer som nyttiga produkter. Aktiviteter började beskrivas i andra termer, flera projekt började räkna frekvensen av antalet människor som kommit i kontakt med projektet för att visa hur många man nått ut till. Aktiviteten och antalet nådda personer blev på det här sättet viktigare än innehållet i budskapet. I vissa projekt tog produkt-synsättet helt överhanden.

Tillskrivning och avskrivning

Projektens resultat måste också betraktas i förhållande till de permanenta organisationerna. Det förhållandet kommer vi att beskriva med hjälp av begreppen *tillskrivning* och *avskrivning*. Begreppen beskriver en *relation* där något, exempelvis ett värde eller ett resultat, tillförs eller avförs projekten eller de permanenta organisationerna. Projektmedlemmarna var i flertalet fall också medlemmar i de permanenta organisationerna, men som projektmedlemmar, och speciellt som projektledare fick de en extra identitet.

Att tillskriva ett projekt ett resultat innebär att projektet ensidigt får ”äran”. Projektet kan då erhålla ett egenvärde som medför att en upplösning kan förhindras. Tillskrivning som leder till egenvärde kan innebära att projektet permanentas eller att den modell som projektet resulterade i förutsatte att projekt permanentas. Tillskrivning kan alltså användas som en strategi från projekt som inte vill upplösas. Genom att tillskriva projektet allt gott som hänt i dess närhet, och genom att marknadsföra projektet kan deltagarna hoppas på en fortsättning.

Bland de projekt vi studerat kan ett par beskrivas som fall där resultat på olika sätt ensidigt tillskrevs projekten. En anledning var att ingen annan part konkurrerade med projekten om att formulera relationen mellan vad som gjorts, vem som gjort det och vad som blev resultat. Denna tillskrivningsstrategi tillämpades i huvudsak av projekt som rört sig på nya områden där konkurrens saknats – det interorganisatoriska området – eller där ingen annan part hävdade ”äganderätten” till de refererade handlingarna. I flertalet fall tillskrev sig projekten resultaten successivt i takt med att projekten vann legitimitet i de ordinarie verksamheterna – en framväxande tillskrivningsstrategi. I något fall förekom en tillskrivningsstrategi som kan beskrivas som påtvingad. Det innebar att projektet tillskrevs resultat i syfte att skydda den ordinarie verksamheten och överleva en övergripande organisatorisk rationaliseringsåtgärd. I detta fall förstärktes tillskrivningen av att även ledningspersoner bidrog till att tillskriva projektet resultat.

Tillskrivning och avskrivning kan få olika betydelse och konsekvenser beroende på vem som tillskriver respektive avskriver och i vilket syfte det sker. Projekt tillskrivs resultat av de som har intresse av att projektet får lyskraft. Omvänt kan projekt avskrivas resultat av de som har intresse av att den löpande verksamheten får äran av utvecklings- och rationaliseringsinsatser. Bland projekten finns exempel på ledningar och medlemmar som verkat för att projekten skall tillskrivas resultat, men också avskrivas.

Beroende på vilket syfte man har med projektet så kan avskrivning uppfattas på olika sätt. Å ena sidan kan det uppfattas som positivt att projektet som per definition är avgränsat i tid håller sig inom ramen och avslutas i tid. Det kan dessutom upplevas som positivt att resultat avskrivs från projektet och implementeras i den löpande verksamheten. Ett sådant exempel på en avskrivningsstrategi är ett projekt som strävade efter att avskriva sig resultaten och kontinuerligt tillskriva

den permanenta organisationen godhetsvärden. Därmed kunde värdet av arbetet i projektet föras vidare och ”implementeras” i den löpande verksamheten. Detta skedde i ett projekt där parterna representerade olika huvudmän. Projektet rörde sig i ett relativt orört interorganisatoriskt gränsland där äganderätten till godhetsvärden inte varit ”upptagen”.

Å andra sidan kan projektdeltagare som arbetat intensivt och engagerat i ett projekt uppleva besvikelse och att de fråntas rättigheterna till resultaten om projektet läggs ned eller läggs över i den permanenta organisationen. Bland våra fall fanns ett inomorganisatoriskt projekt som upplevdes konkurrera direkt med aktörer i den löpande verksamheten. Båda parter var överens om värdet med gjorda handlingar och båda ville tillskriva sig äran. Den starkare parten i det här fallet var aktörer i den permanenta organisationen som avskrev projektet och därmed aktivt tillskrev sig själva resultatet. Projektdeltagarna upplevde sig fråntagna sitt existensberättigande och såg aktörerna – kollegorna – i organisationen som hot.

Att på ett enkelt sätt slå fast vad som är resultat från projekt med sociala och organisatoriska ambitioner är problematiskt. Det beror till stor del på att projekt är arenor för många aktörer med olika intressen och att sambandet mellan handlingar och effekter inte är entydiga. Vad som skall betraktas som resultat kan variera mellan olika intressenter – styrkeförhållanden och överenskommelser mellan centrala aktörer kan bestämma vad som framhålls som resultat – är det exempelvis projekthandlingarna i sig, processen, eller är det handlingarnas effekter, produkterna? Projekt kan både tillskrivas och avskrivas resultat i förhållande till den verksamhet de skall utveckla. Här handlar det om vilka intressen och bindningar de dominerande aktörerna har – skall projektet eller den ordinarie verksamheten tillskrivas resultaten?

Utvecklingsarbetets dilemma

I det här kapitlet har vi försökt att beskriva vad som hände när något så diffust som organisatoriskt utvecklingsarbete med ambitioner att vara processinriktat bedrevs i olika vårdverksamheter. Obestämdheten minskade knappast av det begrepp som kom att fungera som nav i utvecklingsarbetet – vårdkedjor. Tanken förutsätter att vårdpersonalen uppfattar sig som länkar i en process där var och en deltar som representanter för sin profession och organisation. Intentionen från utvecklingsprogrammet har varit att utvecklingsarbetet skulle ge deltagarna impulser att utifrån sina roller som representanter för yrken och organisationer gå ur dessa och mötas som personer på lika villkor för att gemensamt utveckla verksamheterna. Ett grundvillkor är då att deltagarna vill utveckla sina organisationer. Organisationstillhörighet, som tidigare varit av perifer betydelse, har under senare decennier förstärkts inom hela den offentliga sektorn, oavsett om verksamheterna tidigare kunnat karakteriseras som förvaltningar eller arenor för professionella grupper. Sjukvårdsprogrammet identifierade professionella hierarkier i driftorga-

nisationerna som hinder för personlig och organisatorisk utveckling. Man ville därför riva sådana barriärer, främst genom att få personalen att uppfatta sig som medlemmar i en enda stor organisation med gemensamma målsättningar. Man vände sig mot traditionen att personalen uppfattade sig som utövare av ett yrke och samverkade på denna grund.

Organisationsforskarna Nils Brunsson och Kerstin Sahlin-Andersson (1998) har i samband med denna trend gjort några intressanta iakttagelser. De hävdar att betoningen på organisation inför eller förstärker tre fundamentala aspekter, nämligen identitet, rationalitet och hierarki. Idén om organisation innefattar att medlemmarna avgränsar sig från andra och skapar en egen identitet som organisation med speciella förutsättningar att i konkurrens med andra organisationer hantera vissa uppgifter, att man sätter upp lokala mål som kan brytas ned på ett rationellt sätt och sedan följas upp samt att man skapar en hierarki som kan verkställa och kontrollera måluppfyllelsen. Översatt till vården skulle åtgärder som syftar till försvagad professionsidentitet och förstärkt organisationsidentitet i vården också innebära starkare grändragning mellan vårdorganisationer och tydligare hierarkier inom organisationerna. Det var just sådana tendenser Sjukvårdsprogrammet ville motverka. Dilemmat kan uttryckas på följande sätt – för att organisera ett gränsöverskridande utvecklingsarbete måste rekrytering ske utifrån synsättet att deltagare representerar sin profession och organisation. Ambitionen med utvecklingsarbetet är att deltagarna i projekt- och nätverksformer skall gå ur sina roller som representanter för professioner och organisationer. Men i processen lyfts professionella och organisatoriska identiteter fram som grundval för deltagande, vilket kan få till följd att dessa identiteter förstärks. När gamla gränser bryts ner eller överskrids skapas nya – frågan är snarast om dessa skall betraktas som bättre?

Referenser

- Alvesson, M (1993) *Organisationsteori och teknokratiskt medvetande*. Stockholm: Nerenius och Santéus
- Arbnor, I, Borglund, S och Liljedahl, T (1980) *Osynligt ockuperad. En arkeologisk studie av nutidens ledarskap*. Malmö: Liber Läromedel
- Arnlin, M (1997) *Vårdeepisoden: förstudierapport*, Spri. Spris förlag, Spri tryck 289
- Blomquist, C (1996) *I marknadens namn. Mångtydiga reformer i svenska kommuner*, (Forskning om offentlig sektor) Stockholm: Nerenius och Santéus
- Brunsson, N (1989) *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*, Chichester: Wiley
- Brunsson, N och Sahlin-Andersson, K (1998) ”Att skapa organisationer.” I Ahrne, G (red) *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius och Santéus
- Czarniawska, B och Joerges, B (1996) ”Travels of Ideas.” I Czarniawska, B och Sevón, G (red) *Translating Organizational Change*, Berlin: de Greyter
- Elster, J (1988) *Vetenskapliga förklaringar*. Göteborg: Korpens förlag

- Fernler, K (1994) "Generella modeller och lokala lösningar." I Jacobsson, B (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santérus
- Hammer, M och Champy, J (1993) *Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution*, New York: Harper Business
- Hasselbladh, H (1994) "Ekonomiska styrmodeller inom sjukvården." I Jacobsson, B (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santérus
- Jacobsson, B (1994) "Reformer och organisatorisk identitet." I Jacobsson, B (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting* Stockholm: Nerenius och Santérus
- Leffler, J (1996) "Vårdkedjans möjligheter och begränsningar." *Kommunforskning i Västsverige*, KFi-rapport 39
- Lidehäll, P (1997) "Nätverk för samverkan och erfarenhetsutbyte kring sjukvårdens utvecklingsprocesser." Broschyr. Arbetslivsinstitutet och vårdsektorns centrala arbetsmarknadsparter
- Lindberg, K (1999) *Pragmatisk förändring. En studie av ett förändringsförlopp i en kommunledning*. Göteborg: BAS
- Lindberg, K och Trägårdh, B (2000) "När vårdorganisationer och utvecklingsidéer möts." Gothenburg Research Institute, Core working paper nr 4
- Löfström, M (2001) "Samverkan mellan offentliga organisationer – att konstruera gränser." *Kommunal ekonomi och politik*, vol 5 nr 2
- Melin, L (1998) "Strategisk förändring: Om dess drivkrafter och inneboende logik." I Czarniawska, B (red) *Organisationsteori på svenska*. Malmö: Liber Ekonomi
- Pettigrew, A, Ferlie, E och McKee, L (1992) *Shaping Strategic Change*. London: Sage Publications
- Rentzhog, O (1998) *Processorientering. En grund för morgondagens organisationer*, Lund: Studentlitteratur
- Røvik, K A (1998) "The Translation of Popular Management Ideas: Towards a Theory." Paper presenterat vid EGOS Colloquium, Maastricht, Nederländerna
- Sahlin-Andersson, K (1994) "Varför låter sig organisationer omvandlas?" I Jacobsson, B (red) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santérus
- Trägårdh, B (1997) *Samverkan och samexistens. Om relationer mellan operativa chefer*. Göteborg: BAS
- Whittington, R (1992) "Putting Giddens into Action: Social Systems and Managerial Agency." *Journal of Management Studies*, November
- Wikström, E (1995) *Organiserande och dialog. Engagemang och möte mellan människor i kommunal verksamhet*. Göteborg. BAS
- Willmott, H (1987) "Studying Managerial Work: A Critique and a Proposal." *Journal of Management Studies*, nr 3, s 249-268
- Wilson, D (1992) *A Strategy of Change. Concepts and Controversies in the Management of Change*. London. Routledge
- Åhgren, B (1997) *Vårdkedjan. Patientfokusering, en väg till ökad kvalitet och effektivitet.*, Lund: Studentlitteratur