

# Kapitel 6

## Sjukvårdsprogrammet och sociala innovationer i vården

*Marianne Ekman Philips*

Till följd av den stadigt växande mängd krav som kommit att riktas mot hälso- och sjukvården, tillsattes i mitten av 1990-talet en arbetsgrupp bestående av dåvarande Arbetsmiljöfonden och samtliga arbetsmarknadens parter inom vårdsektorn: Landstingsförbundet, Svenska Läkarförbundet, Vårdförbundet SHSTF och Svenska Kommunförbundet. Gruppen formulerade gemensamt syftet med det så kallade Sjukvårdsprogrammet, vars verksamhet behandlas i denna bok.

Sjukvårdsprogrammets syfte var först och främst att belysa vårdprocesserna utifrån patientens samlade behov. Det ledde i nästa steg till en översyn av arbetsorganisationen för att identifiera och skapa utrymme för utvecklingsarbete i det dagliga arbetet och för att tydliggöra nya samarbetsstrukturer, skapa inifrånstyrda förändringsprocesser och lärandestrategier. Tillsammans utgjorde dessa punkter centrala byggstenar i projektens omställningsarbete. Programmet försökte med sina arenor operera på tre nivåer samtidigt:

- det enskilda projektet och det lokala utvecklingsarbetet,
- det regionala nätverket som en arena i förändringsarbetet och
- den regionala struktur som utgjorde kontexten för de lokala satsningarna.

Målet var att få till stånd en bättre anpassning mellan de övergripande strukturförändringarna och regleringarna och de lokalt utvecklade vårdorganisationerna. Genom att stärka länkarna mellan de olika nivåerna ville programmet bidra till att deltagarna på de skilda vårdnivåerna bättre uppfattade och förstod varandras perspektiv, något som skulle möjliggöra samhandling och åstadkomma ett starkare ”vi”. Programmet utgick ifrån att de sociala relationerna inom vårdsektorn behövde förnyas för att kunna hantera nuvarande och framtida omvandlingstryck.

I samarbetet mellan olika vårdgivare och även mellan olika funktioner eller enheter inom ett sjukhus, saknades ofta ett systematiskt samarbete. Det samarbete som fanns bestod ofta av personer som kände varandra och därför tog kontakt eller var byggt på professionella kontakter och kopplat till en diagnos. Att arbeta upp en samverkan mellan organisationer där det av tradition inte funnits någon samverkan och där det helt saknas strukturer, eller där strukturerna är alltför

svagt etablerade, ställer krav på uthållighet hos de personer som fått det till uppgift. Den utvecklingsstruktur som nätverken utgjorde kom inom programmets ram att uppfattas som ett organisatoriskt alternativ och som ett stöd för enskilda initiativ.

Flera projekt kom att använda någon form för nätverk som en hjälp i arbetet. Ögonkliniken i Linköping är ett exempel med sitt "Eye Net East", där man samverkar med regionens alla ögoncentra kring vissa frågor och tjänster. Primärvården i Hälsingland är ett annat exempel där rehabiliteringsenheten i Ljusdal utvecklade ett fungerande nätverk av organisationer i sin omgivning för att stärka rehabiliteringen i regionen. Äldreomsorgen i Haninge mobiliserade lokala beslutsfattare och politiker i arbetet med att klara äldrevården och säkerställa att medborgarna fick efterfrågad service och god kvalitet i vården. Inom sjukvården i norra Bohuslän, Uddevalla länssjukhus, primärvård och kommuner, utvecklades ett nätverk bestående av 25-talet "bensårskonsulter" för att på ett modernt och effektivt sätt handlägga kroniska och venösa bensår. I Göteborgs stad utvecklade stadsdelen Högsbo ett nätverkssamarbete med 30 engagerade medarbetare från Sahlgrenska, primärvården och stadsdelen för att förbättra kvaliteten i vårdkedjan: eget/särskilt boende – akutsjukvård – eftervård – primärvård. Nätverken ökade tryggheten i vårdprocessen för både patienter och personal.

Sjukvårdsprogrammets exempel visar framförallt att det inte var några enstaka personers verk som låg bakom en fruktbar utveckling av verksamheterna. Inte var det heller någon enstaka lysande idé om hur den bästa vården skulle ges eller hur den bästa organisationen skulle vara utformad som förklarade framgångarna. Inte heller låg lösningarna på upplevda behov färdiga och klara och väntade i organisationerna på att den sanna bilden av verkligheten förhoppningsvis skulle avtäckas av några experter.

I de medverkande organisationerna fanns det i stället en mängd möjligheter inbäddade i sitt sammanhang och i de ständigt pågående aktiviteterna. Det fanns således inte *ett* rätt sätt, lika lite som det fanns *en* bästa organisation. Nytankandet eller innovationsförmågan handlade istället om hur de olika aktörerna kunde sammanfoga och kombinera sina erfarenheter så att dessa i sin tur skapade mening i det sammanhang som utvecklingsprojekten hade att agera i. De avgörande initiativen i utvecklingsarbetet kom oftast från dem som var närmast berörda av arbetet och inte från experterna.

Kunskapens betydelse och insikten att vi bör kombinera olika typer av kunskaper för att skapa ett produktivt arbetsliv, pekar ut själva lärandet som en viktig och avgörande process för att nå framgång. Meningsfullt lärande i utvecklingsarbete, framhåller Lars-Åke Lindberg i kapitel 3, kommer till stånd genom att deltagarna breddar och fördjupar sina erfarenhetskunskaper i samband med att de bearbetar strategiska inlärningsuppgifter. En strategisk inlärningsuppgift kan vara att utveckla förbättrade rutiner för hur man ska kontakta sina vårdgrannar eller

utarbete nya arbetssätt för dem som arbetar med hemsjukvård. Strategiska arbetsuppgifter är uppgifter med betydelse för verksamhetsmålen. Lindberg pekar på spänningar mellan utvecklingsarbete och vardagsarbetet och att många av resultaten från ett utvecklingsarbete aldrig får fäste i den dagliga verksamheten. Om förbättringar, nytänkande och innovationer ska kunna inlemmas i vardagsarbetet krävs att verksamhetens ser som sin närmaste utvecklingszon att skapa balans mellan vertikal och horisontell arbetsorganisation och att värna om nätverksaspekten så att den inte uppslukas av den traditionella byråkratin. En utmaning för kommuner och landsting är då att gemsamt välja utvecklingsuppgifter som är strategiska i förhållande till denna problematik.

Utvecklingsprocesser av detta slag kräver ett aktivt deltagande och visar på nödvändigheten av ett relationistiskt förhållningssätt, dvs ett förhållningssätt som är byggt på relationer och styrs inifrån. Det skiljer sig därmed från ett mer expertorienterat representativt rationellt handlande (Shotter och Gustavsen 1999). Med ett relationsinriktat förhållningssätt och i en inifrån styrd utvecklingsprocess uppstår möten där man spontant kan reagera och svara på varandras handlingar. Dessa situationer kännetecknas av att vi spontant kan uttrycka våra upplevelser och att andra deltagare kan svara på detta utifrån vilka de är och utifrån sitt pågående sammanhang.

Hur ska vi kunna bereda plats i en organisation både för exempelvis chefs intresse för verksamhetens måluppfyllelse – att saker blir gjorda – och en medarbetares oro för övertaglighet eller hans/hennes missnöje med att vara underställd och med liten möjlighet till påverkan i arbetet? Hur kan vi göra plats för olika typer av erfarenheter i en organisation utan att marginalisera någon enskild medarbetares arbetserfarenhet?

Det sätt på vilket Sjukvårdsprogrammet försökte bryta mark för en inifrån styrd utvecklingsprocess var, som jag beskriver i kapitel 1, genom att bygga relationer och skapa dialogiska situationer med utrymme för att reflektera över den egna praktiken och se hur vi tillsammans kan skapa nya handlingsmöjligheter och organisera arbetsprocesserna. Vi kan förstå en process av detta slag enbart genom ett direkt deltagande i det som skapar vår praktik; inte genom ett representativt handlande eller genom att ställa oss själva utanför och tänka ”om” andra istället för ”med” dem. Vi deltar på grundval av ett eget ansvarstagande, relationsinriktat, spontant och inifrån den praktik som pågår (se Shotter och Katz 1996).

I en *utvärdering av programmets arbetsformer* (genomförd av Marianne Ekman Philips) fick deltagarna svara på ett antal frågor som behandlade vad deltagandet i programmet inneburit. De frågor som ställdes var följande:

- Har programmet givit dig nya utvecklingsidéer?
- Har det givit dig nya uppslag om arbetssätt för att arbeta med utvecklingsfrågor?

- Har du fått nya kontakter för framtida utvecklingsarbete?
- Har deltagandet inneburit ett ökat engagemang att jobba med utvecklingsfrågor?
- Har du fått större förståelse och gehör för vissa utvecklingsfrågor i ditt projekt?
- Har det skapats nya möjligheter att få gehör för nya projektidéer och arbetsformer på hemmaplan i kommande arbete?

Svaren visade att alla deltagare, oavsett yrkestillhörighet, såg sitt deltagande i programmet som något positivt. Deltagarna ansåg att de både hade lärt nytt om utvecklingsprocesser samt kunnat tillägna sig både nya arbetsmetoder och förhållningssätt i det egna utvecklingsarbetet. Framförallt såg de dialogmetoderna och nätverken som värdefulla för det fortsatta arbetet. Engagemanget och motivationen att arbeta med utvecklingsfrågor var hög redan innan deltagandet i programmet, men tack vare programmet kunde engagemanget bibehållas även under projektets olika ”svackor”. Det sociala och professionella stödet för det egna projektet från andra deltagare uppfattades som mycket betydelsefullt. Det var också positivt för många att uppleva att deras egna metoder och arbetssätt inspirerade andra att pröva på liknande grepp. Yrkesidentiteten förstärktes samtidigt som förståelsen för andra professioner ökade, vilket uppfattades som värdefullt när det gällde att få samarbete över professionsgränserna att fungera.

Jan-Olof Åbergs studie i kapitel 4, om Sjukvårdsprogrammets arrangerade nätverk och deras roll som utvecklingsstöd, visar på liknande resultat. Rollen som ”utvecklare” av vårdens verksamhet var kanske generellt sett det största utbytet på det personliga planet. Förtrogenhet och förståelse för förändrings- och utvecklingssituationer stärkte deltagarnas självförtroende och motivation att agera och ta sig an nya utvecklingsuppgifter. Åberg visar också på dilemmat med att deltagarna å ena sidan lärde av varandras olikheter – i detta fall att de kom från olika verksamheter och olika yrkesgrupper – men å andra sidan hade svårt att översätta erfarenheterna från andras verksamheter till sin egen. En slutsats som författaren drar är att spridning av idéer mer sällan sker om inte nätverket arrangerats för just det syftet. Det behövs t ex en genomtänkt koppling mellan nätverket och nätverksdeltagarnas hemorganisationer. Hur man driver och utvecklar nätverk hör således till nätverkets kärnkompetenser och utan denna kompetens har nätverket svårt att överleva. Det handlar, enligt Åberg, om att få till stånd en bra balans mellan aktiviteter som stärker samverkan och reglerar medlemmarnas relationer och ett innehåll som svarar mot föreställningar om målet med nätverkandet. Dessutom behövs en tidsmässig ordning av nätverksarbetet som är anpassad till deltagarnas behov av stöd och kunskaper.

När man betraktar hur Sjukvårdsprogrammet och utvecklingsprojekten arbetade ser man en mängd möten och sammankomster som arrangerades utanför den ordinarie verksamheten. Personalens tid upptogs i stor utsträckning således av annat än det löpande vårdarbetet. Eftersom tiden oftast framhålls som en bristvara och tycks vara en standardförklaring till att utvecklingsarbete inte hinns med, ställdes frågor till deltagarna om hur meningsfulla de uppfattade att programmets alla arenor var. Fanns det några arenor som fungerade bättre än andra? Fanns det möten som man såg som ”spilld tid”? Det visade sig att allteftersom programmet och dess deltagare hittade sina former kom alla de olika arenorna att fylla olika behov. Storträffar baserade på dialoger, som vid första tillfället upplevdes av somliga som ”konstiga” och som att de inte gav något eftersom man inte lärde sig något, kom senare att uppfattas som en resurs i arbetet. Så, på frågan om vilket eller vilka utvecklingsstöd projektdeltagarna värdesatte mest blev svaret – *alla möten med människor*. Programmet kom genom sina olika aktiviteter att generera dynamiska situationer, vilket i sin tur understödde ny-tänkande. Några citat från programutvärderingen får illustrera:

”Möten mellan människor förändrar och vidgar. Här menar jag möten mellan människor.”

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

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

Sjukvårdsprogrammet kom således att förstärka, förtäta och fördjupa i första hand relationerna mellan de ca 100 personer ur olika yrkeskategorier och från skilda specialiteter och landsändar som regelbundet deltog i programaktiviteterna, men relationsbyggandet fortsatte även in i projekten och i verksamheterna och kom på så sätt att beröra betydligt fler människor. Syftet med en dialogbaserad utvecklingsstrategi är att både omstrukturera de kommunikationsmönster som präglar organisationerna och dess medlemmar och att förändra karaktären på kommunikationen. Själva frågandet och den kollektiva undersökningen kom så sakteliga i fokus på bekostnad av de färdiga lösningarna. På så sätt kunde deltagarnas färdigheter, insikter och kunskaper tillämpas i nya sammanhang och i nya kombinationer och därmed bidra till individers utveckling samt organisationernas förmåga till omställning och förnyelse. Det var den samlade erfarenheten bland vårdpersonalen, parad med influenser och kunskaper utifrån, som bidrog till en utvecklingsdynamik.

## Sociala innovationer i vården

Innovationer brukar inte sättas i samband med sjukvårdens organisering. Begreppet brukas vanligtvis om upptäckter inom det teknologiska området men också inom medicinen. I ett uppdrag från Sjukvårdscommissionen (Ds 1999:44) fick Arbetslivsinstitutet i uppgift att bl a att ta fram underlag som kunde bidra till att utveckla organisationer, processer och arbetsmetoder inom hälso- och sjukvården. Arbetet resulterade i rapporten ”Från spridning av modeller till utveckling av relationer. Om användandet av exempel i sjukvårdens organisationsutveckling” (Gustavsen m fl 2001). I rapporten läggs ett innovationsperspektiv på sjukvårdens utveckling med hjälp av exemplet Sjukvårdsprogrammet och dess projekt.<sup>1</sup>

Innovationer leder tankarna till genombrott och genomgripande nyheter, med efterföljande radikal förändring snarare än kontinuerliga förbättringar som sker i små steg. Närmare studier av tekniska innovationer visar emellertid på att utvecklingen skett över lång tid och i små steg med många aktörer involverade. Latour (1998) redovisar exempelvis hur uppfinningen av den moderna kameran – Kodak – var beroende av en lång rad mindre förbättringar av kameror, film, framkallningsvätskor, lönearbete etc. Innebörden av innovationsbegreppet har således genomgått en förskjutning mot att innovationer snarare bör ses som konsekvensen av en mängd förbättringar vilka skapat tillräckligt gynnsamma förutsättningar för något som ter sig som plötsliga ”stora språng”. Begreppet ”innovation” och ”innovationssystem” täcker idag såväl teknologisk som ekonomisk och social utveckling (se t ex Edquist 1996; Lundvall 1992; Castell 1996; Flodström 1999). Det handlar om tekniska framsteg kopplade till tillväxt. I Sverige har vi med etableringen av den nya myndigheten VINNOVA (Verket för innovationssystem) tydligt visat på behovet av att stödja en utvecklingsdynamik i vilken en utveckling av teknik, ekonomi och samhälle sker integrerat.

Gemensamt för utvecklingsprojekten i Sjukvårdsprogrammet var att de använde sig av ett vårdkedjebegrepp, dvs en processorientering i sjukvården. Under senare delen av 1980- och 90-talen var en rik variation av koncept i bruk med denna inriktning. Verksamheterna skulle ses och organiseras som flöden utifrån kundens behov, exempelvis ”Just-in-time/Kanban”, ”Continuous Improvement”, ”Business Process Re-engineering”, ”Balanced Scorecard”, för att nämna några. I ett av programmets utvecklingsprojekt översattes t ex begreppet ”Lean Production” till vården under begreppet ”Lean Hospital”. Andra utvecklingsprojekt arbetade efter idéer hämtade från ”Total Quality Management” – konceptet översatt till svensk sjukvård benämndes QUL i vården och drevs i Landstingsförbundets regi.

---

<sup>1</sup> Texten om innovationer som följer nedan är delvis hämtad från denna rapport.

Tanken med en processororienteringen av sjukvården var att den enskilda patientens vårdbehov skulle ligga till grund för organiseringen av arbetet. Enskilda vårdinsatser skulle länkas samman för att uppnå ett kvalitativt gott slutresultat för patienten. Samordning och samarbete mellan vårdgivare och mellan professioner blev en förutsättning för detta. Organisationerna behövde således ständigt förbättras och god organisation var inte något som man skapade en gång för alla utan något som ständigt behövde anpassas till den specifika situationen, förbättras och förnyas. Inte heller generella processbegrepp kan emellertid utgöra en enhetligt standard för "bästa utvecklingsprocess".

I kapitel 2 beskriver forskarna Björn Trägårdh och Kajsa Lindberg arbetet med vårdkedjor och hur vårdkedjebegreppet i praktiken kunde brukas på två helt skilda sätt. I det ena fallet översattes vårdkedjor selektivt, dvs vårdpersonalen använde de delar av begreppet som de praktiskt behövde för att lösa ett upplevt organisatoriskt problem i verksamheten. Vårdkedjebegreppet blev på så sätt resultatet av en lokalt framväxt arbetsprocess och en naturlig del av vardagsarbetet och med en utvecklad arbetsorganisation som följd. I det andra fallet användes vårdkedjebegreppet som modell i syfte att beskriva och synliggöra vad som gjordes i verksamheten. På så sätt ville man visa på kvaliteten och effektiviteten i den egna verksamheten. I detta fall var begreppet sålunda ett sätt att legitimera verksamheten. Trägårdh och Lindberg talar här om modellimitation; modellen blir liktydig med lokal anpassning. Verksamheten beskrivs med en ny språkdräkt men utan egentlig koppling till det som görs.

De olika projekten inom Sjukvårdsprogrammet visar, menar de båda forskarna, att förutsättningarna för att bedriva utvecklingsarbete i form av vårdkedjor skiljer sig markant åt i olika delar av vårdsektorn. Sjukhusvårdens vårdkedjeprojekt var främst inomorganisatoriska och inriktade mot att skapa strategiska värden, dvs att visa på mätbara resultat i syfte att skydda organisationen för ytterligare rationaliseringar av personal och resurser. De vårdkedjeprojekt som resulterade i en organisatorisk utveckling, t ex nya arbetsformer, kom främst till stånd i öppenvården där syftet med projekten var samverkan över organisatoriska gränser – ett tämligen obearbetat område med stor förbättringspotential. Det fanns dock även goda exempel inom sjukhusvården på utvecklingsprocesser vilka kännetecknades av dialoger över gränser och som resulterade i förändringar av verksamheterna, men de utgjorde inte huvudfåran.

Idéspridning mellan ett utvecklingsprogramms olika aktörer och utvecklingsprojekt måste hela tiden utgå från de lokala förutsättningarna, där idéer om process, metoder och tillvägagångssätt hela tiden får en lokal tillämpning och inte baseras på kopiering och bruk av färdiga manualer.

Förändring i riktning mot innovation innebär således ett erkännande av att lokala miljöer och enskilda verksamheter utvecklas utifrån sina egna förutsättningar, med lösningar sprungna ur sitt lokala sammanhang, snarare än av externa

lösningar komma utifrån. Sociala innovationer byggs heller inte genom isolering utan genom relationer. Genom ett nät av relationer som spänner över ett brett område av kompetenser kan idéer och lösningar formas. Relationer och en lokal kontexts förmåga att upprätthålla och bygga nya relationer mellan människor, organisationer och institutioner utgör basen för nytänkande och nytt handlande. I innovationssystem av detta slag samverkar olika typer av kunskaper och kompetenser.

I Sjukvårdsprogrammets regi uppstod ett möte mellan fyra olika forskningsmiljöer, ett flertal lokala utvecklingsprojekt med regional bäring och den nationella nivån med de centrala parterna inom vårdsektorn. I denna ömsesidiga påverkan utkristalliserades en mängd lärdomar knutna till person och situation. En pluralism i uppfattningarna om vad Sjukvårdsprogrammet möjligtvis har bidragit med blir således självklar. En mängd aktiviteter genomfördes vilka kan beskrivas och analyseras på olika sätt. Det finns dock enligt de medverkande i programledningen även vissa generella lärdomar att ta fasta på.

Ett arv efter Sjukvårdsprogrammet är t ex insikten om *regionens vikt* som en sammanhållande kraft för utvecklingsprocesser. Istället för att ur ett rättviseperspektiv fördela projekt över hela Sverige, från Boden i norr till Simrishamn i söder, vilket var Sjukvårdsprogrammets initiala utbredning, ville programmet i en sista utvecklingsaktivitet bidra till en mer koncentrerad satsning, där man skulle stärka och förtäta relationerna mellan olika aktörer för att på så sätt bidra till att skapa en gynnsam utvecklingsdynamik inom ett visst geografiskt område. Programmet bjöd således in till en "idébyardag" i maj 1999 i Linköping, kring förändringsarbetets villkor under rubriken "Vad händer med förnyarna i mötet med de gamla strukturerna?" Huvudsyftet med idébyardagen var att diskutera det dilemma som följer av att förnyarna av hälso- och sjukvården visserligen uppmärksammas för sitt innovativa arbete med radikalt annorlunda sätt att möta patienter och organisera vården på, men att uppmärksamheten och stödet så småningom upphör, eftersom mycket i omgivningen och i det stora sjukvårdssystem där man ingår ändå kvarstår vid det gamla. Hur kan en process etableras där inte bara verksamheterna förändras, utan också strukturer, ledarskap, politiker och fackliga organisationer blir en del av och ett stöd för den ständiga förändring som pågår i basverksamheten?

Som inbjudare stod Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen, ett samarbetsorgan för landstingen i Östergötland, Jönköping och Kalmar län, tillsammans med Sjukvårdsprogrammets parter: Arbetslivsinstitutet, Landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Kommunförbundet och Kommunalarbetarförbundet. Inbjudna från regionen var landstingsledningar, politiker, sjukhusledningar från sju sjukhus, utvecklare, representanter för olika verksamheter som chefer, arbetsledning och olika professioner, samt representanter för lokala och centrala arbetsmarknadsparter och för Arbetslivsinstitutet.



Alla dessa parter bestämde sig för att arrangera en idébytdag i form av en "Open space conference". Metoden innebär att deltagarna själva bestämmer ämne för vad de vill diskutera i mindre grupper. Konferensen avslutades med att deltagarna i plenum erbjöds möjlighet att uttrycka vad de hade lärt under dagen och hur de kunde bidra till en fortsatt utveckling av vårdens utvecklingsprocesser.

Poängen med denna dialogmetod är att var och en fritt får argumentera för sin position utan att styras av de formella organisatoriska strukturer som råder, att man får "fri tillgång" till varandras erfarenheter och kunskaper. Tanken med initiativet var att tydliggöra bredden i utvecklingsarbetet och att deltagarna skulle kunna identifiera varandra som resurser för vårdens utveckling i regionen för att därmed fortsättningsvis lättare hitta och dra nytta av varandras kompetenser och kvalitéer.

För att summera: Intentionen med Sjukvårdsprogrammet var ursprungligen att projekten skulle utgöra goda exempel på nya former för organisation och verksamhet med patientens samlade behov i centrum. I slutet av programtiden fanns inom programmet dock en förståelse för att utveckling av vården mer handlar om att utveckla relationer än om att sprida färdiga modeller. De centrala parternas viktigaste bidrag var i detta sammanhang, förutom att initiera programmet, att ge legitimitet åt en alternativ utvecklingsstrategi av vården.

## Referenser

- Castell, M (1996) *The Rise of the Network Society*. Massachusetts: Blackwell.  
*Den ljusnande framtid är vård. Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling.*  
Ds 1999:44
- Edquist, C (red) (1997) *Systems of Innovation, Technologies, Institutions and Organizations*. London: Pinter
- Flodström, A (1999) *Utredning om vissa myndigheter*. Stockholm: Näringsdepartementet
- Lundvall, B Å (red 1992) *National System of Innovation: Towards Theory of Innovation and Interactive Learning*. London: Pinter
- Gustavsen, B, Ekman Philips, M och Seth, A (2001) ”Från spridning av exempel till utveckling av relationer. Om användandet av exempel i sjukvårdens organisationsutveckling.” Stockholm: Arbetslivsinstitutet (rapport till vårdkommissionen)
- Latour, B (1998) *Artefaktens återkomst: ett möte mellan organisationsteori och tingens sociologi*. Stockholm: Nerenius och Santérus
- Shotter, J och Katz, A M (1996), *Articulating a Practice from within the Practice Itself: Establishing Formative Dialogues by Use of a ”Social Poetics”*. *Concept and Transformations*,1(2), s 213-237
- Shotter, J och Gustavsen, B (1999) ”The Role of ’Dialogue Conferences’ in the Development of ’Learning Regions’: Doing ’from within’ our lives together what we cannot do apart.” Stockholm: The Centre for Advanced Studies in Leadership, Stockholm School of Economics