

*Marianne Ekman Philips (red)*

# Dialog över etablerade gränser

Om organisationsutveckling i sjukvården

ARBETSLIV I OMVANDLING | 2002:9

ISBN 91-7045-647-X | ISSN 1404-8426



**Arbetslivsinstitutet** är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av Näringsdepartementet bedriver institutet forskning, utveckling och utbildning. Institutet har ca 450 anställda och finns på sju orter i landet. Forskningen är mångvetenskaplig och utgår från problem och utvecklingstendenser i arbetslivet. En viktig uppgift är kommunikation och kunskapsspridning. För mer information, besök vår webbplats [www.niwl.se](http://www.niwl.se)

**Arbetsliv i omvandling** är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. I serien publiceras avhandlingar, antologier och originalartiklar. Främst välkomnas bidrag avseende vad som i vid mening kan betraktas som arbetsorganisation och arbetsmarknad. De kan utgå från forskning om utvecklingen av arbetslivets organisationer och institutioner, men även behandla olika gruppers eller individers situation i arbetslivet. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Författarna till bidragen finns i första hand bland forskare från de samhälls- och beteendevetenskapliga samt humanistiska ämnesområdena, men även bland andra forskare som är engagerade i utvecklingsstödande forskning. Skrifterna vänder sig både till forskare och till andra som är intresserade av att fördjupa sin förståelse av arbetslivsfrågor.

Manuskripten lämnas till redaktören som ombesörjer att ett traditionellt ”refereeförfarande” genomförs. I huvudsak publiceras bidrag från forskare med anknytning till Arbetslivsinstitutet.

## **ARBETSLIV I OMVANDLING**

---

Redaktör: Eskil Ekstedt

Redaktion: Marianne Döös, Jonas Malmberg, Anita Nyberg, Lena Pettersson och Ann-Mari Sätre Åhlander

© Arbetslivsinstitutet & författare, 2002

Arbetslivsinstitutet,  
SE-112 79 Stockholm

ISBN 91-7045-647-X

ISSN 1404-8426

Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

# Förord

Sjukvården har länge stått i centrum för samhällets och politikens uppmärksamhet. Det handlar om en verksamhet av grundläggande betydelse för oss människor och få, om några, händelser i en människas liv skapar mer praktiska problem och existentiell ångest än sjukdom. Effektiviteten i den apparat som ska befria oss ifrån sjukdomen – sjukvården – blir därmed en av de mest centrala frågorna i samhället.

På vad ankommer denna effektivitet? Givetvis på sådana förhållanden som hur mycket pengar som beviljas och hur kompetent personalen är. Men det handlar om mer än detta. Eftersom personalen är specialiserad på olika funktioner måste de samarbeta för att det hela ska fungera bra. Sådant samspel kan i sin tur påverkas av många olika förhållanden, till exempel om man litar på varandra, kommunicerar, kan utforma gemensamma arbetsplaner och mycket annat. Därmed är vi inne på ett tema som har blivit alltmer centralt: sjukvården som *organisation*. Det enskilda sjukhuset och den enskilda avdelningen måste utforma arbetsroller och arbetsrutiner, kommunikationsformer och ledningsfunktioner, ansvarsregler och mycket mer. Ofta måste den enskilda enheten utforma dessa saker i samarbete med ytterligare andra eftersom många patienter rör sig mellan avdelningar, mellan sjukhus och ofta också mellan olika typer av enheter inom vården.

Hur ska man då angripa dessa organisationsproblem?

Många som står inför denna fråga för första gången vänder sig till ledarskapslitteraturen. Detta är en blomstrande litteraturgenre, ofta tillgänglig i kiosker och på flygplatser, som för några timmars uppmärksamhet lovar snabba och effektiva lösningar på de flesta problem. Råden är allt som oftast att den som ska organisera måste utnämnas till chef, ta ett fast grepp, vara tydlig, lära sig bokens metoder och sätta igång. Vissa gånger går det bra men oftast inte. De som ska ledas låter sig inte ledas, har egna meningar, kommer inte på möten; kort sagt, följer inte bokens mönster. Det är inte tillräckligt att bara berätta för folk vad de ska göra, de måste också faktiskt göra det, därtill ofta på ett lojalt och kreativt sätt. Vi har, under senare år, därför upplevt en tendens i riktning mot att se *det mänskliga engagemanget* som den centrala organisatoriska utmaningen. Om detta råder inte någon större oenighet och inte heller om att de enkla lösningarna måste överges. Men vad ska sättas in istället? Måste vi kanske ge upp hela tanken om ”organisation” som en ordnad, planlagd aktivitet och lita på att den enskilde gör sitt bästa just där den enskilde själv kan avgöra hur hon eller han ska förhålla sig till patienter, kollegor och andra? De flesta kommer att finna också detta otillfredsställande.

Det är mot den bakgrunden vi måste se många av de senare årens satsningar på organisationsutveckling. Finns det sätt att tänka på, sätt att arbeta på, sätt att utforma roller och samspel, som kan förena den frihet den enskilde måste ha för att vara fullt motiverad, med ett behov som trots allt finns – och som stadigt växer – för samspel och sammanhang?

Detta är bakgrunden till denna bok. Den handlar om erfarenheter från ett flerårigt program för utveckling av nya organisationsmönster i sjukvården, som ursprungligen initierades av den nu nedlagda Arbetsmiljöfonden och som togs över och drevs av Arbetslivsinstitutet. Bokens redaktör – Marianne Ekman Philips – var också huvudansvarig för programmet.

I sin inledning tar Ekman Philips utgångspunkt i att utveckling av sjukvårdens organisation inte är en fråga om implementering av på förhand givna mönster. Det vi kan ha med oss när vi går in i ett sammanhang – vare sig det är sjukvården eller vilken annan sektor som helst – är ett antal orienteringspunkter. Ekman Philips påpekar att när det gäller dagens sjukvård är idéer som patientorientering, aktivt ledarskap, delaktighet, lärandeorientering och samspel över gränser centrala punkter. Utifrån sådana punkter följer emellertid inget organisationsmönster. Orienteringspunkterna är istället hållpunkter för processer där det är processerna som ska skapa mönstren.

Produkten av den enskilda processen kommer i utgångsläget alltid att vara lokal. Är man tillräckligt detaljerad finns det inte två enheter i svensk sjukvård som är helt lika. De bestämda konstellationer av uppgifter, personer och erfarenheter som finns på ett ställe kommer alltid att sätta sin prägel på verksamheten. På vägen från orienteringspunkterna och fram till det helt konkreta finns emellertid utmaningar och arbetsformer som i större och mindre grad är generella och där erfarenhetsutbyte och gemensamt lärande är möjligt. Man kan antagligen gå ett steg vidare och säga att gemensamt lärande inte bara är möjligt utan ett krav. Under slagord som ”medverkan” och ”lokala lösningar” får vi inte bli så lokala att alla i realiteten gör detsamma ett oändligt antal gånger och dessutom ofta når samma gränser för de förändringar man åstadkommer.

Spelet mellan det lokala och det mer generella är inte ett enkelt spel knutet till ”kopiera eller inte”. Gemensamt lärande kan bygga på många andra principer, till exempel att man systematiskt lär av skillnaderna. A kan ingå i en gemenskap för lärande med B utan att de gör precis samma saker. De kan vara överens om något, ha skiljaktiga meningar om annat.

På vägen från orienteringspunkter till konkreta mönster finns det många idéer, begrepp och arbetsformer, till exempel angående hur konferenser ska användas för att utveckla nya dialoger, hur man formerar team och vårdkedjor, hur man kan lägga upp arbetet i projektgrupper, hur man kan skapa nätverk mellan sjukhus och mycket annat. Ingen enskild text kan vara heltäckande när det gäller ett så komplext område som organisationsutveckling i sjukvården, men i denna bok

kommer man att finna presentationer av – och reflexioner kring – många av de centrala koncepten och arbetsformerna.

Utöver detta krävs också en offentlig diskussion om sjukvårdens organisation. Många inom sjukvården är skeptiska till sådana diskussioner. De som är det bör emellertid betänka att organiserad blir all verksamhet i vilket fall som helst, men nu ofta av politiker och experter med liten reell insikt i sjukvårdens utmaningar. En bredare debatt, med stark anknytning till praktisk erfarenhet från en rik samling utvecklingsprojekt, är något alla kommer att tjäna på. Det är därför en önskan att denna bok inte bara ska kunna ge vägledning i det löpande arbetet med sjukvårdens utveckling, utan också bidra till en bredare diskussion om vad ”organisering av sjukvården” egentligen innebär.

Stockholm, juni 2002

*Björn Gustavsen*

# Ett tack

Sjukvården har under ett flertal år varit föremål för omfattande rationaliseringar. Dess verksamheter har ställts inför stora lönsamhets- och kvalitetskrav, vilket skapat en ökad prestationspress på stora professionella yrkesgrupper. Forskningen på området har bidragit med en mängd kartläggningar och konsekvensbeskrivningar när det gäller arbetsmiljö och arbetsorganisation för dessa yrkesgrupper. Kartläggningar visar på strukturella problem med arbetstider, arbetsorganisation, lönebildning, utbildningsbehov osv. Det finns dock ett behov av forskning som kan bidra till utvecklingen av verk samma strategier för utveckling och förändring av sjukvårdens organisationer. Det saknas en mer systematiserad, reflekterad kunskap om hur man bedriver utvecklingsarbete inom sjukvården. De utvecklingsaktiviteter som bedrivs står och faller med i vilken utsträckning människor klarar av att arbeta med utvecklingsprocesser och hur de förmår lära av det som sker för att förbättra och förnya organisationerna, sina arbetsätt och arbetsroller.

Idén med att sammanställa en bok om organisatoriskt utvecklingsarbete inom vården är just att ge några exempel på systematiskt utvecklingsarbete samt att reflektera kring vårdens utvecklingsprocesser utifrån dess egna förutsättningar. På basis av forsknings- och utvecklingsprogrammet "Sjukvårdens arbetsmiljö", som syftade till att skapa kunskap om vårdens utvecklingsprocesser men också till praktisk förändring av arbetsorganisationer, involverades ett stort antal människor och ett flertal organisationer i landet.

På arbetsplatser deltog anställda i lokala utvecklingsprojekt där de investerade arbetstid och engagemang för att tillsammans med andra förbättra och förnya sina verksamheter. Några hade en mer aktiv roll i själva projektarbetet än andra genom att de också tog på sig ett ansvar för att driva projekten framåt, skriva ner berättelser och sammanställa rapporter om erfarenheter av det lokala utvecklingsarbetet.

Arbetsmarknadens parter inom vårdsektorn tog initiativ till nya samarbetsformer mellan sig i syfte att stödja förnyelseprocesser på lokalt plan. Parterna legitimerade utvecklingsarbetet och programmets strategiska utformning.

Forskarna bidrog med sina teoretiska perspektiv men också med sitt engagemang och genom att bistå de anställda i de praktiska utmaningar som projekten ställdes inför. De medverkade i en kunskapsbildningsprocess tillsammans med människorna ute i vårdverksamheterna.

Denna bok är således inte bara en återspeglning av de kunskaper som vi som författat kapitlet har, utan bygger på ett stort antal människors olika bidrag till arbetet. Det är inte möjligt att nämna alla vid namn utan här riktas ett stort tack till er allesammans.

Några personer vill jag ändå uppmärksamma mer för deras arbete inom programmet. Sjukvårdsprogrammets ledningsgrupp genomförde under flera år ett engagerat ledningsarbete: Anders Bengtsson, Svenska Läkarförbundet och hans föregångare i programledningsgruppen Britt Gustafsson; Annica Magnusson, Vårdförbundet SHSTF; Lars Roswall, Svenska Kommunförbundet; Per Rudin, Svenska Kommunalarbetsförbundet och Lars Synnerman, Landstingsförbundet. Sjukvårdsprogrammet hade också ett sekretariat som tog ansvar för att det administrativa arbetet skulle löpa smidigt. Lars Kronvall, Arbetslivsinstitutet hade denna uppgift tillsammans med Peter Lidehäll. Peter Lidehäll arbetade dessutom tätt samman med ledningsgruppen och utgjorde i sitt arbete som programkoordinator en ständigt tillgänglig kontaktperson för programmets alla deltagare. Jag vill tacka alla dessa personer för deras insatser under programtiden.

Slutligen vill jag tacka mitt eget institut, Arbetslivsinstitutet, för ett gott stöd till detta program när det gäller finansieringen av utvecklingsprojekten och forskningen. Ett tack också för den kompetenta hanteringen av allt praktiskt administrativt arbete som det medför för en forskningsinstitution med sina rutiner och inbyggda tidsramar när det utsätts för krav på att samspela med andra i ett utvecklingsområde. Då jag själv var ansvarig för programmets forskningsdel, men också hade rollen som ordförande i programmets ledningsgrupp, behövde jag all denna uppbackning. Ett stort tack till er.

Vid arbetet med att slutföra denna bok har Ann-Britt Hellmark vid Arbetslivsinstitutet varit behjälplig, inte bara med redigering av texten utan också genom att vara en mycket pålitlig person att samtala med och som kommit med värdefulla förslag till texten, ett ovärderligt arbete som tacksamt tagits emot.

Stockholm, juni 2002

*Marianne Ekman Philips*

# Innehåll

Förord	
Redaktörens tack	
Kapitel 1. Sjukvårdsprogrammets uppgifter, värderingsramar och utvecklingsstrategi <i>Marianne Ekman Philips</i>	1
Kapitel 2. Vårdkedjor – processorganisering i vården <i>Björn Trägårdh och Kajsa Lindberg</i>	29
Kapitel 3. Meningsfullt lärande i utvecklingsarbete <i>Lars-Åke Lindberg</i>	67
Kapitel 4. Arrangerade nätverk som utvecklingsstöd <i>Jan-Olof Åberg</i>	89
Kapitel 5. Arbetsplatsernas arbetsorganisation, arbetssätt och arbetsformer <i>Marianne Ekman Philips</i>	119
Kapitel 6. Sjukvårdsprogrammet och sociala innovationer i vården <i>Marianne Ekman Philips</i>	129
Författarpresentationer	139



# Kapitel 1

## Sjukvårdsprogrammets uppgifter, värderingsramar och utvecklingsstrategi

*Marianne Ekman Philips*

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

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

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

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

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

## Värderingar som grund för samverkan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sjukvårdsprogrammets projekt och nätverk

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

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

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

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

---

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

# Nätverk och projekt

Erfarenhetsutbyte i lärande nätverk.  
Projektet fördelade på fem nätverk.

## Nätverk Nord

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

## Nätverket Kolan

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

## Nätverk Öst

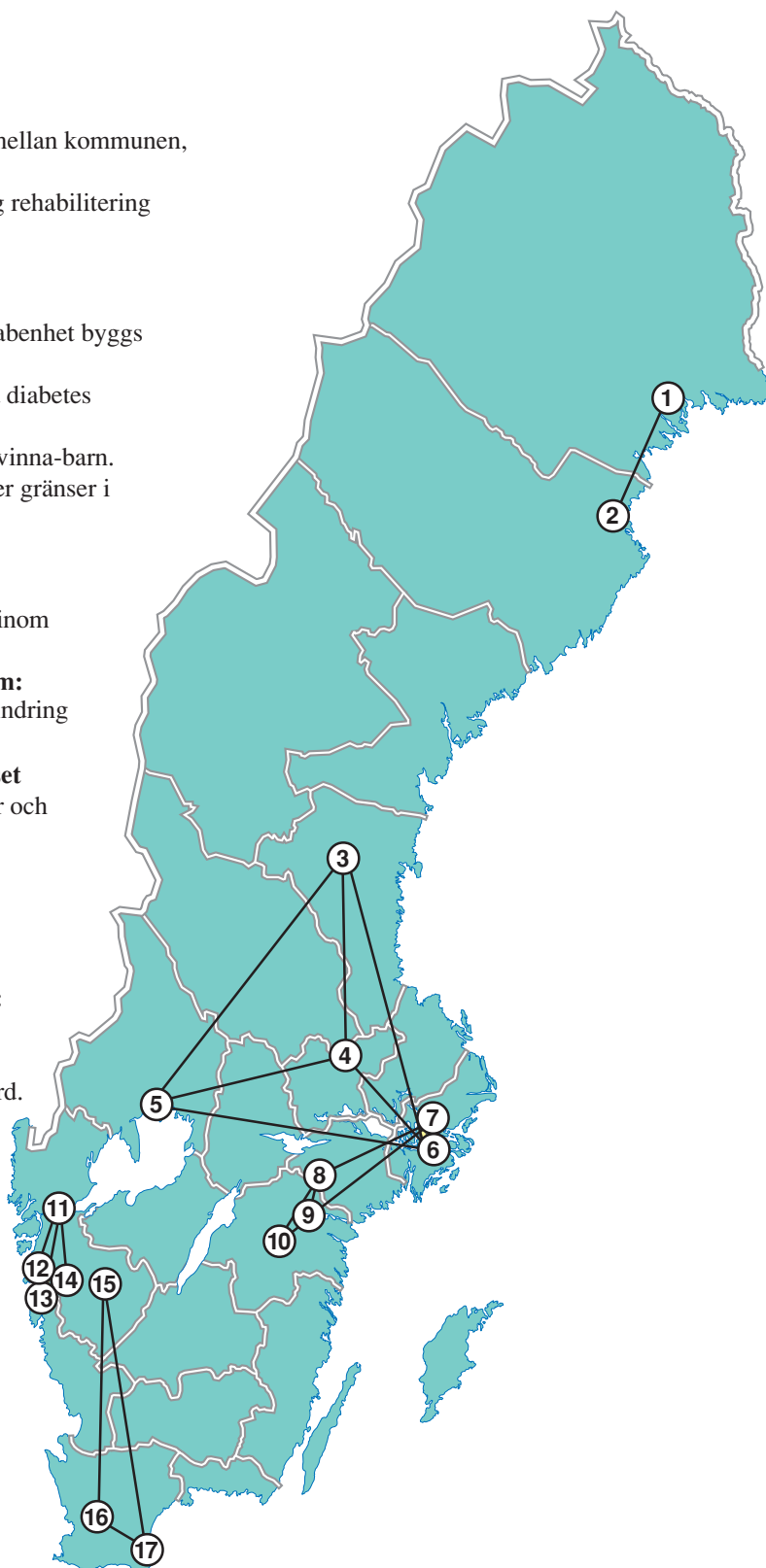
- ⑦ **Karolinska sjukhuset:** barnsjukvård inom Astrid Lindgrens Barnsjukhus.
- ⑧ **Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm:** vårdkedjorna stroke respektive smärtlindring för cancerpatienter.
- ⑨ **Kirurgkliniken vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping:** bröstopererade kvinnor och dagkirurgi.
- ⑩ **Universitetssjukhuset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

## Nätverk Väst

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

## Nätverk Syd

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



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

## En tillbakablick

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

## Är det annorlunda nu?

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

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

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

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

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

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

### **Nya villkor i vården**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Organisatoriska trender inför 2000-talet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sjukvårdsprogrammets faser

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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



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

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

## Forskning inom programmets ram

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sjukvårdsprogrammet som ett nätverk av relationer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dialoger och arenor som arbetsform

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

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

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

### **Dialoger med lokala projekt**

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

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

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

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

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

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

## **Dialoger med projektledare**

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

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

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

### **Dialoger i programkonferenser**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Dialoger i regionala nätverk**

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

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

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



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

### **Dialogbaserade regionala utvecklingskonferenser**

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

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

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

### **Bokens innehåll**

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

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

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

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

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

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

## Referenser

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

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

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

# Kapitel 2

## Vårdkedjor – processorganisering i vården

*Björn Trägårdh och Kajsa Lindberg<sup>1</sup>*

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

---

<sup>1</sup> 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 ålderdomshemmet 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 vårdkedjeprojekt – 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 vårdkedjeprojekt 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.<sup>2</sup> 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

---

<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

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-

---

<sup>3</sup> 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 organiseringsidealerna 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. Vårdkedjeprojekten 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 verksamhetskänedom 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 förstörats 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 framtvungade 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 avsnitt 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.

<b>Primär- och kommunalvårdsprojekt</b>	<b>Sjukhusprojekt</b>
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 vårdkedjeprojekt. 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 projekt<sup>4</sup> 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

<sup>4</sup> 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 tolkningsöverblick. 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 omvårdnadscontext 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 händer när något så diffust som organisatoriskt utvecklingsarbete med ambitioner att vara processinriktat bedrivs 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 gränsdragning 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) *Vårdepisoden: 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

# Kapitel 3

## Meningsfullt lärande i utvecklingsarbete

*Lars-Åke Lindberg*

”Lärande, var det än uppträder, är en aspekt av förändrat deltagande i förändrad praxis.” (Jane Lave 1995)

Rehabilitering av äldre i hemmet har fått ökad betydelse i takt med att andelen äldre-äldre i befolkningen stigit, samtidigt som antalet vårdplatser inom slutenvården under några få år i det närmaste har halverats. Då den nya hälso- och sjukvårdslagen infördes i början av 1980-talet fanns ännu en bred politisk uppslutning bakom upprustningen av den svenska hälso- och sjukvården i enlighet med välfärdsstatens grundidé om rättvis och behovsanpassad vård till alla. Sedan dess har resurserna till sjukvården relativt sett minskat och kravet på en medveten prioritering mellan olika behovsgrupper har accentuerats. Genom den s k ÄDEL-reformen januari 1992 fick kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg till äldre och funktionshämmande personer. Delar av landstingets skyldigheter när det gäller hälso- och sjukvård överfördes till kommunerna.

Bristen på vårdplatser på sjukhusen gör att patienter får lämna sjukhusen tidigare än förr och med större vårdbehov. Samtidigt gäller att ”en kommun har betalningsansvar för patienter i somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård som är ’medicinskt färdigbehandlade’” (SOSFS 1996: 32, s 8). ”Förändrade behandlingsmetoder och tidigare utskrivningar från sjukhuset har förändrat ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen, vilket har ökat kraven på kommunens och primärvårdens resurser och kompetens” (slutrapport från Brygganprojektet, Nilsson 1998).

ÄDEL-reformen har ökat kraven på ett fungerande samarbete kring planering och genomförande av rehabilitering, mellan vårdgivare och mellan nivåer i ”vårdkedjan”. För närvarande befinner sig många vårdtagare/patienter på ”fel” plats i vårdkedjan; vårdtrycket på den enskilda institutionen är högre och/eller vårdbehovet annorlunda än vad man har planerade resurser och faktisk kompetens att klara av. Bestämmelser om s k samordnad vårdplanering, dokumentation och informationsutbyte finns på olika sätt inskrivet i lagtexter och föreskrifter. Vårdtagarens/patientens aktiva medverkan betonas.

”Samordnad vårdplanering avser en process som syftar till att tillsammans med patienten samordna planeringen av dennes fortsatta vård och omsorg vid överföring från en vårdform till en annan.” (SOSFS 1996:32, s 4)

”Hur samordningen av insatser inför den kommande utskrivningen från sjukhuset skall ske bör kunna bestämmas i lokala handlingsprogram.”  
(SOSFS 1996:32, s 8)

Behovet av kunskapsbildning i arbetslivet är uttalat och har ökat i och med att fältpersonalen fått ta ett allt större ansvar för verksamhetsutveckling och förändring av arbetsvillkoren. Modernt arbete, även traditionellt praktiska verksamheter som t ex vård och omsorg, tenderar att bli allt mer kognitivt och socialt och allt mindre renodlat utförande/manuellt (Howard 1995). En undersköterska eller ett vårdbiträde, förväntas t ex göra egna bedömningar och fatta självständiga beslut i osäkra situationer, samtidigt som hon/han ska kunna kommunicera och samarbeta med arbetskamrater, chefer, vårdtagare/patienter och anhöriga, för att finna ett gemensamt förhållningssätt till motstridiga behov och mål. När det gäller rehabilitering, har tyngdpunkten i förändringsprocessen legat på att utveckla nya former för institutionell samverkan samt att utveckla nya hjälpmedel för samarbete mellan personal från olika arbetsplatser och huvudmän.

I utredningen ”Kunskap för utveckling” (SOU 1994: 48) framhålls att kunskapsbildningen i arbetslivet bör utgå från användarnas behov och villkor och anpassas så att den blir tillgänglig vid rätt tidpunkt och i sådan form att den kommer till användning. Man ”får” inte kunskaper. Kunskaper kan inte delas ut. Individer tillägnar sig kunskap aktivt, genom eget sökande. Huvudsaken är, enligt utredningen, att finna nya metoder för och ett nytt förhållningssätt till kunskapsutveckling och kunskapsförmedling vilka måste utvecklas och förmedlas i organisationernas totala verksamhet. ”Denna kunskapsförmedling måste i högre grad ske integrerat och genom befintliga kanaler.” (a a, s 40) Inom vård och omsorg är det inte bara personalens utan framförallt vårdtagarnas/patienternas behov och villkor man måste utgå från. Vårdtagaren/patienten tillförsäkras i själva verket på olika sätt rätten till delaktighet och medinflytande:

”Hälso- och sjukvård bygger på den förutsättningen att den enskilde själv avgör om han eller hon vill acceptera de erbjudanden om olika insatser som kan ges. Grundläggande för all vård och omsorg är att den sker i samråd med patienten och att patientens autonomi och integritet respekteras.”  
(SOSFS 1996: 32, s 6)

Den vanligaste förändringsstrategin inom arbetslivet är ”den problemfokuserade ansatsen”, upplagd som expertprojekt. En alternativ strategi, som ökat i betydelse, är den ”processorienterade ansatsen”, som söker stimulera till lärande och utveckling och åstadkomma ”lärande organisationer”, enligt Kristina Håkansson (1995). Här är, menar Håkansson, framför allt två begrepp centrala: deltagande och reflektion. Liksom Sjuvårdsprogrammet i sin helhet kan det projekt i Boden som detta kapitel behandlar, projektet Bryggan, karaktäriseras som processorienterat.

En viktig del av kunskapsbildningen i arbetslivet är den process som uppstår när externa expertkunskaper och verksamhetens egna erfarenhetskunskaper möts i ett fruktbart samspel, t ex genom samverkan mellan fält och forskning. Traditionellt har forskningens uppgift varit att som utomstående experter tillhandahålla forskningsinformation. Med tiden har forskarnas roll vidgats, från passiv informationsförmedling till aktivt deltagande i gemensam kunskapsbildning och praxisutveckling (jfr begreppet aktionsforskning; se även Strömberg och Tydén 1999). I det aktuella Brygganprojektet kännetecknades relationen mellan fält och forskning av ett nära samarbete mellan praktiker och forskare genom alla faser i utvecklingsprocessen.

Expertprojekt och traditionell forskningsinformation har inte sällan fått problem med legitimiteten, när man försökt omsätta abstrakta problemlösningssmodeller i en konkret, lokal verklighet. Projektens erfarenheter har inte gått att jämka samman med människors och verksamheters vardagserfarenhet, invanda sätt att lösa problem, värdera, tänka, besluta, kommunicera, samarbeta, etc; det har uppstått en spänning mellan projekt och lokal kultur, eller mellan *in vitro*, ”i provröret”, och *in vivo*, ”i livet” (jfr Lindberg 1985, 1997a).

## Meningsfullt lärande

Allt lärande är inte positivt eller meningsfullt, varken för individen eller organisationen, t ex inlärd hjälplöshet. Nästan alla kunskaper är värdelösa om de inte används. Ett kriterium på ”meningsfullt lärande” är därför att det producerar användbar kunskap. Vad som är användbar kunskap i ett utvecklingsarbete bestäms av den verksamhet som ska utvecklas, i föreliggande fall rehabilitering av de äldre. ”Meningsfullt lärande i utvecklingsarbete” innebär produktion av sådan kunskap som bidrar till verksamhetsutveckling. ”Verksamhet”, som är besläktat med det fornnordiska ordet virke, syftar till att producera något, en konkret, materiell produkt (Mott 1992).

En teori om meningsfullt lärande i utvecklingsarbete bör innefatta människans gränsöverskridande förmåga, där lärande blir en fråga inte bara om anpassning till givna förutsättningar utan också om att förändra dessa förutsättningar. En möjlig sådan referensram erbjuder den ryska kulturhistoriska skolan inom psykologin, den s k verksamhetsteorin (Cole 1996). Utgångspunkten är att människan hela tiden skapar, deltar i och formas av olika verksamheter. Att veta är detsamma som att kunna påverka, såväl praxis som andra människor, vilket förutsätter insikt i hur ett fenomen uppstår och utvecklas och att man kan argumentera trovärdigt.

Denna påverkan sker genom att människor tillverkar och använder sig av *verktyg* för att bearbeta naturen, samarbeta och kommunicera med varandra. Verktygen är både psykologiska och materiella. Psykologiska verktyg innefattar ord,

begrepp, modeller, föreställningar, ideologier, värderingar, osv, vilka fungerar som orienteringsbaser, referensramar, inre kartor eller kompasser för hur individen ska förhålla sig till omgivningen. Till kategorin materiella verktyg räknas bl a praktiska redskap som skruvmejslar och maskiner, lagar, förordningar och normer som reglerar människors samvaro, arbetsmanualer, procedurer och anvisningar för hur ett arbete ska utföras, samt olika sätt att organisera en verksamhet, t ex som projekt eller i arbetslag ("organisatoriska verktyg").

En social grupps historiska erfarenhet, dess kultur, manifesterar sig genom de verktyg som gruppen frambringt (Cole 1996). Därför används i verksamhetsteorin begreppet "kulturella verktyg". Vid närmare betraktande visar sig kulturella verktyg vara psykologiska och materiella på samma gång. Ett bord, t ex, är något mera än bara ett stycke trä; det har fått en bestämd psykologisk innebörd, eller en kulturell betydelse, genom den verksamhet i vilken det utvecklats och använts. Detsamma gäller verktyg som "vårdkedja", "rehabiliterande arbetssätt", "lärande organisation" osv; de har samtidigt en psykologisk och en materiell sida. För att markera denna dubbelsidighet används i verksamhetsteorin inte begreppet "verktyg" utan begreppet "artefakt". För enkelhets skull kommer jag även i fortsättningen att skriva verktyg i stället för artefakt och även försöka skilja mellan verktyg med betoning på det psykologiska innehållet och verktyg där den praktiska utformningen är mera framträdande.

Människans sociala, känslomässiga och kognitiva utveckling är till väsentlig del en *kulturförvärvande* process; utmaningen för det nyföda barnet är ju inte att uppfinna hjulet, utan i första hand att lära sig använda det. Snickaren uppfinner inte sitt bord ur ingenting utan bygger vidare på en redan existerande tradition av yrkeskunnande. Genom att "stå på sina föregångares axlar" kan nya generationer barn, respektive snickare, "se längre", och så småningom ge egna, självständiga bidrag till den gemensamma kulturproduktionen. Med hjälp av språk överförs erfarenheter och kunskaper från individ till individ och från generation till generation. Språket är verktygens verktyg. Individuellt lärande sker i två steg, först socialt, genom deltagande i aktiviteter tillsammans med andra, sedan psykologiskt, genom att individen successivt tillägnar sig en begreppslig representation av världen, dvs en orienteringsbas. Psykologiska och materiella verktyg är ömsesidigt beroende av varandra.

"När man utvecklar färdigheter utvecklas ens varseblivningsförmåga; man överlämnar sig gradvis till nya sätt att betrakta världen." (Senge m fl 1995, s 6-7)

Det mänskliga medvetandet träder fram och existerar som ett speciellt organ i samspelet med omgivningen och kan endast förstås och undersökas i sitt praktiska sammanhang (Kaptelinin 1996).

Inte bara människor, utan även organisationer vidgar sitt vetande. En lärande organisation utvecklar personalens förmåga att tänka om verksamheten och att

tala om det man tänker om verksamheten (Senge 1990) och den ”betonar den roll som individernas tänkande och beteende spelar för framväxten av nya organisationsmönster” (Louis 1994, s 11), detta i kontrast till modeller som fokuserar organisationsstruktur, administration, målformulering, budget, regler, etc, som redskap för styrning. Personalens uppfattningar är i själva verket en av de krafter som håller ihop (eller upplöser) organisationen. Att utveckla individen i samspel med organisationen är det viktiga.

”Jag tror att den viktigaste utmaningen är att tillvarata människors intellektuella kapacitet på alla nivåer, både hos individer och grupper. Att verkligen engagera var och en – det är den outnyttjade potentialen i moderna företag. Den viktigaste utmaning som blivande lärande organisationer står inför är att utveckla verktyg och processer för att skapa en helhetsbild, och pröva sina idéer i praktiken.” (Senge 1990, s 150)

## Utvecklingsarbete

Utvecklingsarbete på verksamhetsteorins grund söker ”befrämja personalens förmåga att förstå sin arbetsverksamhet som en helhet och själva ta initiativ till att omforma den” (Engeström 1990, s 5). Man använder sig av ett forskande arbets sätt i lärande team, där ”pratet” har en framträdande roll, liksom studier, reflektion, analys och experiment (Lindberg 1997b). När människor tillsammans reflekterar och experimenterar kring sin gemensamma yrkespraktik är det fråga om ett lärande där även själva utgångspunkten för lärandet ifrågasätts och förändras. Till skillnad från ”skollärande” ger utvecklingsarbete i arbetslivet människor möjligheter att integrera teori och praktik direkt i jobbet, tillsammans på arbetsplatsen. Kunskapsbildning och skapandet av ny praktik kan gå hand i hand. Kunskapen stannar då inte innanför huden utan den materialiserar sig som verktyg med vars hjälp människor och organisationer påverkar och förändrar sina arbetsvillkor.

En verksamhet befinner sig i ständig förändring, med eller utan särskilda projekt. Förändringen har en riktning betingad av dess tidigare utvecklingshistoria. Liksom ett barn föds in i en kultur, startar varje projekt inom ramen för en befintlig (organisations-) kultur, som först måste tillägnas för att sedan utvecklas. Kulturen vittnar om tidigare generationers erfarenheter och alla verktyg som används bär sin historia inom sig. Kunskap om verksamhetens historik är väsentlig för att förstå dess inre dynamik och framtida möjligheter, inklusive vad som kan påverkas genom ett utvecklingsarbete. Produktionen av nya verktyg måste sättas in i sitt historiska sammanhang för att lärandet ska bli meningsfullt, dvs kunskaperna användbara.

Oberoende av om vi betraktar verksamhet från ett individuellt eller ett organisatoriskt perspektiv, är dess utveckling delvis historiskt given, delvis möjlig att

påverka genom medvetna interventioner. Utvecklingsprojektets uppgift är att realisera verksamhetens *närmaste utvecklingszon*. Det innebär att upptäcka och frigöra verksamhetens inneboende, men ännu outvecklade förändringspotential och kanalisera den i riktning mot mål som är både möjliga och önskvärda att uppnå.<sup>1</sup> Ett grundantagande i det aktuella projektet var att den närmaste utvecklingszonen kunde nås genom att länka in fältpersonalens engagemang som en konstruktiv kraft i verksamhetsutvecklingen. Att öka fältpersonalens beslutsutrymme och att "låta ansvar och befogenheter gå hand i hand" är dock inte tillräckligt för att åstadkomma önskad mobilisering. Genom projektet skulle personalen också få tillgång till eller själv skapa de verktyg som behövs, för att kunna ta ansvar och utöva befogenheter.

Förhållandet mellan individuellt lärande, projektarbete och organisationsutveckling är komplicerat. Huruvida ett enskilt projekt kan bidra till individuellt lärande och organisationsutveckling bestäms i hög grad av faktorer i projektets yttre miljö (inom och utanför organisationen), som ligger bortom projektets möjligheter att påverka. Ett utvecklingsprojekt innebär visserligen unika möjligheter att integrera teori och praktik. Men projektformen skapar också sina egna problem eftersom ett projekt lätt får karaktären av en verksamhet i verksamheten. Liksom plantan i drivhuset omges projektet av en särskilt gynnsam miljö för tillväxt. Samma goda betingelser kan inte påräknas efter projektets slut och nya svårigheter uppstår då resultaten ska börja tillämpas i vardagsarbetet. Det är därför viktigt att skilja mellan de verktyg som produceras inom ett projekt, *in vitro*, och de verktyg som projektet genererar i vardagsarbetet, *in vivo*. Meningsfullt lärande i en organisation med hög utvecklingskompetens innebär att lärandet inte stannar inom projektet utan fortplantar sig till vardagsarbetet.

*Sammanfattningsvis* definieras meningsfullt lärande i utvecklingsarbete som produktion av verktyg, psykologiska och materiella, som bidrar till att realisera verksamhetens närmaste utvecklingszon.

I arbetet med det lokala utvecklingsprojektet i Boden har det varit intressant att undersöka hur man lokalt arbetat med processen, vilken kunskapsbildning som ägt rum i projektet och hur ny kunskap använts för att realisera den närmaste utvecklingszonen för samordnad rehabilitering. Studiens syfte var att beskriva lärandet, med betoning på produktion av verktyg för samarbete och kommuni-

---

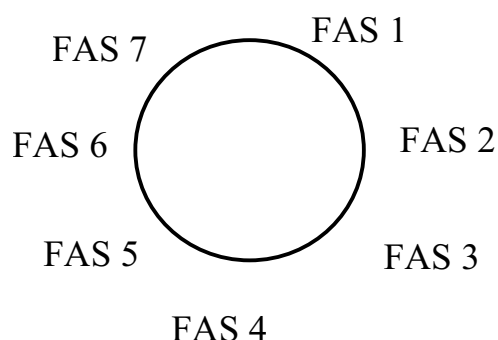
<sup>1</sup> Begreppet "den närmaste utvecklingszonen" myntades av den ryske forskaren Vygotsky (Cole 1996), som studerade hur barn utvecklar ny förmåga, dvs hur individen framträder ur ett (socialt och kulturellt) kollektivt sammanhang. Vygotsky definierade den närmaste utvecklingszonen som skillnaden mellan vad ett barn kan prestera på egen hand i en problemlösningsuppgift och vad det kan prestera tillsammans med andra barn eller under handledning av en vuxen person. Genom att förstå den underliggande mekanismen, eller den slumrande förmågan, i ett barns utveckling, och göra en modell av den, ökar möjligheten att påverka utvecklingen i önskvärd riktning.



kation, samt hur man i verksamheten hanterat spänningar mellan utvecklingsarbete och vardagsarbete.

## En modell över meningsfullt lärande

För att beskriva hur den närmaste utvecklingszonen realiserades i det lokala projektet använder jag mig i det följande av Engeströms cirkelmodell (Engeström 1987) som strukturerar lärande och utveckling som en spiral, där varje slinga består av sju faser (se figur 1).



Fas 1. Probleminventering; "vilka är symtomen?"

Fas 2. Historisk analys; "hur blev det så här?"

Fas 3. Nulägesanalys; "hur lyder diagnosen?"

Fas 4. Vision; "hur vill vi ha det i framtiden?"

Fas 5. Skapa nya verktyg; "hur kommer vi dit?"

Fas 6. Prova i praktiken; "medicinera!"

Fas 7. Utvärdera; "eftervård!"

**Figur 1.** Cirkelmodellen (efter Engeström 1987).

*Probleminventering.* Här undersöker projektgruppen aktuella störningar och hinder för samordnad rehabilitering, så som de uppfattas av samtliga berörda parter, t ex personal och vårdtagare/patienter. Här lyfts också kreativa förslag fram, guldgrubbor. Syftet med fas 1 är att projektgruppen själv skaffar sig en första överblick och förståelse av verksamhetens problem och utvecklingsmöjligheter. Lämpliga metoder i denna fas är samtal, intervjuer, enkäter och studier av skrivet material, minnesanteckningar, dagböcker och andra materiella verktyg, som på något sätt har betydelse i verksamheten.

*Historisk analys.* I denna fas analyseras verksamhetens historia (i detta fall bakgrunden till utvecklingsarbetet rehabilitering i samverkan), särskilt sådana händelser och åtgärder som påverkat utvecklingens förlopp. En verksamhet bär sin historia inom sig och redan den historiska analysen ger viktig kunskap om nuläge och framtid. Syftet är att projektgruppen ska få grepp om dynamiken i ut-

vecklingen, för att bättre förstå den aktuella situationen. Historisk analys kan omfatta en lång eller en kort tidsperiod. Den kan innehålla analyser av förhållanden på riksplanet såväl som lokalhistoria och personhistoria.

*Nulägesanalys.* Här koncentreras analysen till verksamhetens aktuella utvecklingstillstånd med fokus på spänningar under ytan som kan förorsaka de störningar och hinder som identifierats i fas 1. Viktiga verktyg i fas 2 och fas 3 är modeller av verksamheten, dialog och reflektion.

*Vision.* Analysen resulterar i att man konstruerar en framtidsmodell i form av en fantasi eller vision av verksamheten. Visionen är inte i första hand en prognos, utan ett hjälpmedel att välja förändringsstrategi.

*Skapa nya verktyg.* I denna fas ligger betoningen på att skapa verktyg för att undanröja utvecklingshinder, särskilt metoder som frigör outnyttjade resurser eller kombinerar befintliga resurser på ett nytt sätt, inte minst fältpersonalens erfarenheter, kunskaper, engagemang och kreativa förmåga. Eftersom det här är fråga om att utveckla samordnad rehabilitering är verktyg för samarbete och kommunikation särskilt intressanta.

*Prova i praktiken.* I fas 6 prövas de nya verktygen (t ex en ny modell) i praktiken genom interventioner i vardagsarbetet, s k miniexperiment. Här gäller det att välja uppgifter så strategiskt som möjligt, dvs sådana som har bäring mot framtiden.

*Utvärdera.* Syftet med utvärderingen i fas 7 är att konsolidera resultaten genom uppsummering och överföring till vardagsarbetet. Projektet ska lämnas över till uppdragsgivaren och förslag ges om nya verktyg för användning efter projektets slut. En viktig aspekt av utvärderingen är att den orienteras mot nuläge och framtid och inte begränsas till enbart en måluppfyllelseanalys; behov och motiv kan ha förändrats sedan projektmålen en gång formulerades. Genom att låta utvärderingen ingå som en särskild fas i projektet, kan projektmedarbetarnas kompetens bättre tas tillvara än om utvärderingen påbörjas först sedan projektet avslutats. I och med utvärderingen är cirkeln fullbordad. Den närmaste utvecklingszonen har realiserats och verksamheten står inför en ny kvalitativ fas i utvecklingsspiralen.

Lärandet har en expansiv karaktär. Verksamheten omdefinieras och sätts in i ett nytt, vidare sammanhang. Personalen frågar sig vad de gör och varför, inte bara hur.

Cirkelmodellen används i det följande för att beskriva utvecklingsprocessen i Boden. Data har samlats in genom deltagande observation och minnesanteckningar från projektmöten och seminarier, reflektion och dialog i samband med metodhandledning, uppföljningsintervjuer med ett urval projektdeltagare och andra berörda, samt deltagarnas skriftliga utvärderingar som ställts till förfogande av projektledarna.

## Projektet Bryggan i Boden

Projektet Bryggan i Boden genomfördes under tiden juni 1997 – december 1998 som ett samverkansprojekt mellan äldreomsorg, ett korttidsboende och en nattpatrull i Bodens kommun, samt en av landstingets vårdcentraler. Bryggan organiserades i ledningsgrupp, styrgrupp, referensgrupper och en tvärprofessionellt sammansatt projektgrupp om elva personer. Till projektledare utsågs kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska, tillika föreståndare för korttidsboendet och medlem i kommunens förvaltningsledningsgrupp. Målgruppen utgjordes av äldre och funktionshindrade i ordinärt boende med hemtjänst och hemsjukvårdsinsatser; äldre och funktionshindrade inom kommunens korttidsvård, rehabilitering och avlösning (Nilsson 1998).

### Motiv för projektet

Tidigare försök, det s k moderprojektet, att utveckla rehabiliteringen av de äldre hade lämnat sista länken i vårdkedjan relativt outvecklad, dvs basteamet, som skulle organisera insatserna i hemmet i nära samarbete med vårdtagare/patienter och närstående. Därmed kom inte den individuella vårdplaneringen att behandlas.

”Teamarbetet mellan vårdtagare, närstående och vårdpersonal är av stor betydelse för att vårdarbetet inklusive rehabiliteringen ska fungera så optimalt som möjligt och för att alla ska sträva efter samma mål.” (Nilsson 1998)

Framförallt fanns behov att diskutera hemtjänstens vårdbiträdens förändrade arbetsuppgifter: från service till omvårdnad, samt att lyfta fram och förbättra arbetsmiljön för hemtjänstens personal, som successivt hade försämrats till följd av sparbeting, omorganisationer och förändrad vårdtyngd.

”Hemtjänsten blev bortglömd i moderprojektet och det är vårdbiträdena som drabbats hårdast av den ökande vårdtyngden.” (intervju med arbetsledare)

I försöken att stärka vårdkedjan hade huvudprojektet huvudsakligen inriktats på formella rutiner för informationsöverföring mellan vårdnivåer (ett system för överrapportering med blanketter). Ett motiv för fördjupningsprojektet Bryggan blev därför också att medvetet satsa på processen, dvs försöka skapa bred delaktighet och förankring ute på arbetsplatserna.

### Mål

Målen för Bryggan formulerades i sex punkter: (1) att vidareutveckla fastställd vårdkedja med vårdtagaren i centrum; (2) att stärka vårdbiträdenas roll i det dagliga arbetet och i vårdkedjan; (3) att genom utbildning öka medvetenheten om ett rehabiliterande syn- och arbetssätt; (4) att utveckla basteamen i hemmet och den gemensamma vårdplaneringen; (5) att utveckla en lärande organisation, öka

erfarenhetsutbytet och kunskapsspridningen mellan olika verksamheter och aktörer; (6) att skapa en positiv och utvecklande arbetsmiljö för all personal.

## **Processen**

### *Probleminventering*

Projektgruppen träffades första gången i juni 1997. Efter sommaruppehållet genomfördes i september en probleminventering då man försökte ”skapa sig en bild av vårdbiträdenas arbetsituation och hur samverkan i vårdkedjan fungerar” genom att konstruera ”porträtt” av vårdtagarnas/patienternas väg genom vårdkedjan, samt genom att vårdbiträden skrev dagbok. I september genomfördes också en upptaktsdag då projektet och dess bärande idé presenterades av projektgruppen för all berörd personal.

Under hela projektiden bemödade sig Bryggans projektgrupp om en bred förankring av projektet, t ex genom seminariedagar, lunchträffar och andra typer av information. Ett återkommande tema för reflektion i projektgruppen, med åtföljande praktiska försök gällde hur man konkret skulle förankra projektet hos övrig personal i kommunens äldreomsorg och på den aktuella vårdcentralen. Projektdeltagarna uppmuntrades att ta egna initiativ när det gällde att företräda projektet på respektive arbetsplatser.

I ett tidigt skede av projektet beslutade projektgruppen, att kompletterande undersökningar i form av inventeringar skulle genomföras av mindre arbetsgrupper (nedan), innan man gick vidare med analyser och praktiska försök. Beslutet innebär att projektet hamnade i tidsnöd och fick svårt att genomföra alla faser i cirkelmodellen. Satsningen på fortsatta undersökningar ansågs dock nödvändig för att öka delaktigheten i projektet och bereda väg för det viktiga förankringsarbetet ute på arbetsplatserna.

### *Historisk analys*

Personal som deltagit i eller berörts av Brygganprojektet har sedan tidigare en hel del erfarenhet av utvecklingsarbete, både inom primärvården och kommunens socialtjänst. Sedan 1970-talet har Boden genomgått en smärtsam omvandling från en kommun som kunnat förlita sig på en expanderande offentlig sektor, till en kommun i kris, där hoppet nu står till näringslivet. Sjukhus och regementen har lagts ner eller utlokaliserats. Vård och omsorg har fått vidkännas kraftiga nedskärningar och omstruktureringar.

”I Boden visar prognosen att gruppen 80 år och äldre ökar. Till detta kommer att vårdplatserna kraftigt reducerats och vårdtiderna minskat. Detta innebär att vårdtagaren kommer fortare hem och med det följer ökade omvårdnads- och rehabiliteringsbehov. För att klara detta krävs samverkan inom vårdkedjan, men även ökad kompetens. Ett sätt är att öka kunskapen

om rehabiliterande arbetssätt för vårdtagare med såväl fysiska som psykiska funktionshinder.” (arbetsgrupp 3 i Brygganprojektet)

Huvudmetoden i fas 2, var pratet i projektgruppen. Projektledaren utgjorde ett viktigt stöd genom sina erfarenheter av utvecklingsarbete och sitt breda kontaktnät, dels genom att hon var väl förtrogen med den historiska bakgrunden; projektledaren kunde berätta om hur det var förr och därmed stärka projektgruppens organisatoriska minne, en viktig ingrediens i en lärande organisation (Louis 1994). Även andra personer i projektgruppen gav bidrag till detta. I arbetsgrupperna genomfördes intervjuer med lokala experter och studerades diverse dokument. Redan från början blev projektgruppen på så sätt väl förtrogen med tidigare försök att stärka vårdkedjan, dess motiv, svårigheter och resultat, vilket gav en röd tråd i det egna utvecklingsarbetet. Framförallt insåg man att det krävdes krafttag för att lösa problemet med den tidigare dåliga förankringen ute på arbetsplatserna. Man informerade sig också om andra, besläktade utvecklingsprojekt i den egna kommunen.

### *Nulägesanalys*

Projektgruppen identifierade fyra aktuella utvecklingsområden som man kallade: (1) Individen i centrum – belysa vårdkedjan i hemmet; (2) Utveckla kontaktmannskapet; (3) Inventera vårdbiträdenas utbildnings- och handledningsbehov; samt (4) Utveckla basteamen, den gemensamma vårdplaneringen och fördjupa samarbetet mellan basteamen och övriga aktörer i vårdkedjan. Fyra arbetsgrupper bildades, en för varje utvecklingsområde. För att bredda deltagandet och förankra utvecklingsarbetet rekryterades ytterligare ett antal deltagare från berörda arbetsplatser till arbetsgrupperna, sammanlagt 18 personer (inklusive sju från projektgruppen). Grupperna var tvärprofessionellt sammansatta och deltagandet baserades på frivillighet och intresse.

Arbetsgrupperna genomförde sedan var för sig fördjupade probleminventeringar inom sina respektive teman, främst med hjälp av enkäter och intervjuer. Man lyfte fram spänningar, samarbetsproblem och guldgrubbor i vårdkedjan. Resultaten återfördes fortlöpande till och reflekterades i projektgruppen. På så sätt utvecklade projektgruppen en gemensam orienteringsbas. Projektgruppen försökte lära om sitt eget lärande genom att medvetandegöra hur man kommunicerade med varandra inom gruppen. Gruppen upptäckte bl a att deltagarna själva, genom att ta med sig sina professionella relationer och lojaliteter från vardagsarbetet in i projektet, ibland hindrade den fria och förutsättningslösa dialog som man eftersträvade. Genom att på så sätt ta reda på, inte bara vad olika personer ansåg, utan också varför, förbättrade gruppen sin kompetens som lärande team (Senge 1990). Gruppen vann på köpet insikter i vilka spänningar som kan uppstå mellan vardagsarbete och utvecklingsarbete och hur de kan lösas upp.

Projektgruppens funktion var, enligt slutrapporten, i huvudsak administrativ och samordnande i förhållande till arbetsgrupperna. Som framgått ovan, utgjorde den emellertid samtidigt ett forum för dialog, meningsskapande och utveckling av nya verktyg för samarbete och kommunikation. Projektgruppen fungerade dessutom som en förbindelselänk mellan projektet och moderorganisationerna, för informationsutbyte och koordination av insatser, inte minst via projektledaren.

### *Vision*

Kärnan i samverkande rehabilitering och den kritiska länken i vårdkedjan skulle vara basteamet. Bryggan arbetade fram följande definition av basteamet:

”en avgränsad grupp som hjälper vårdtagaren i hemmet bestående av distriktssköterska, hemtjänstassistent och vårdbiträdesgrupp inom ett specifikt geografiskt område. Vårdbiträdesgruppen skall i första hand företrädas av berörd kontaktperson.” (ur projektets slutrapport)

Basteamet ska samarbeta intimt med hemtjänstens arbetslag, kommunens biståndsbedömare, sjukgymnast och arbetsterapeut vid vårdcentral respektive korttidsboende, nattpatrull, m fl.

Visionen för vårdkedjan som en lärande organisation, processen, var att personalen på varje arbetsplats tillsammans ska upptäcka saker och lära av varandra, träffas över verksamhetsgränser och nivåer, ”sätta sig ner och prata sig samman, reflektera och visa upp sig” (projektledaren, intervju). Till visionen hör också ”att arbeta processinriktat tar lång tid och det kan vara svårt att se konkreta resultat på kort sikt” (ur projektets slutrapport, Nilsson 1998).

Arbetet med att utveckla visioner om basteamet och processen genomtyrde Bryggan.

### *Skapa nya verktyg*

På ett organisatoriskt plan utgjorde de fyra arbetsgrupperna Bryggans viktigaste utvecklingsinstrument. Sjukvårdsprogrammets huvudansats, dialog- och nätverkspedagogik (se Gustavsen och Hofmaier 1997) kompletterades i Bryggan med cirkelmodellen (ovan) som särskilt betonar samspelet mellan teori och praktik. Såväl projektgruppen som de olika arbetsgrupperna arbetade med cirkelmodellen som metodologisk orienteringsbas.

Arbetsgrupperna genomförde egna undersökningar av verksamheten, för vilka de konstruerade nya instrument, framförallt enkäter och intervjuer med vårdtagare/patienter, närstående, personal, samt representanter för huvudmännen. Dessa aktiviteter gav en bestämd karaktär åt utvecklingsarbetet i Bryggan: en kombination av studier, prat och experimenterande. Deltagarna förkovrade sig i forskningsmetodik och lärde sig att kritiskt granska och reflektera över den egna verksamheten.

På basis av ovan nämnda vision av basteamet, utarbetades i Bryggan följande modell:

”Basteamet ska bestå av de personer som har den dagliga och/eller kontinuerliga kontakten med vårdtagaren i det ordinära boendet. Basteamets uppgift är att utforma den praktiska hjälpen till den enskilde på ett optimalt sätt /.../ Basteamets uppgift är att följa de beslut om insatser som biståndshandläggaren ger den enskilde /.../ Mål och syfte med den gemensamma vårdplaneringen har också diskuterats /.../ Basteamet gör upp en vårdplan tillsammans med vårdtagaren och närstående hur hjälpen ska utformas. I denna vårdplan ingår även de medicinska och rehabiliterande insatserna. Biståndshandläggaren, arbetsterapeut, sjukgymnast, korttidsboende och nattpatrullen deltar vid behov. Vårdplaneringen bör ske i den enskildes hem.” (arbetsgrupp 4, projektets slutrapport)

Bryggan utarbetade också ett förslag till ett särskilt, tvärprofessionellt utvecklingsforum. Genom detta forum kan hemtjänstens personal få handledning i vardagsarbetet av andra yrkesgrupper, ett stöd för nödvändig kompetensutveckling inom den ordinarie verksamhetens ram.

För flera deltagare fick begreppet ”vårdkedja” en fördjupad innebörd. Man började se vårdkedjan som ett system av samarbetande parter, snarare än som ett antal länkar mellan vilka information utväxlas. Information blev något mera än formaliserad skriftväxling. Ett exempel:

”Min syn på vårdkedjan har förändrats under projektet från kedja till garnnystan, från linjärt till icke-linjärt /.../ Jag tänker på vårdkedjan mellan sjukhuset, kommunen, kanske korttidsboendet och hemmet. Det är den stora vårdkedjan. Sen så tänker jag mig också små vårdkedjor, och då är det kanske mer på basnivå att det fungerar kring en central punkt och där vårdkedjan inte är som en rak linje utan att det är mer som att det kan gå i cirklar och det kan gå fram och tillbaka och utifrån och in. ’Vårdkedjor’, det kom jag på alldeles nyligen, har också stått ganska mycket för informationsöverföring. Jag har också tänkt på att man kan stirra sig blind på det ibland, när man bara ser informationen som det viktiga, att man tänker att en vårdkedja fungerar ifall rätt information förs över /.../ Men vad är rätt information? Det är som att det blir samma sak oförvanskat som förs från del till del i själva kedjan /.../ Men ändå så tänker jag att det kanske är så att det kanske inte är det som vårdtagaren egentligen vill ha. Det har jag börjat att tänka mycket på nu i slutet och då vet jag inte om man kan kalla den en välfungerande vårdkedja /.../ I stället så tror jag att det kanske egentligen bara kan fungera i en närmiljö där personer rent fysiskt och geografiskt är nära varandra /.../ Jag tycker inte att det är enkelt, inte alls /.../ och jag har inte riktigt något sånt där enhetligt begrepp som jag tror att det betyder.” (intervju med vårdbiträde)

Genom Bryggan ökade deltagarnas kunskaper om vårdbiträdesrollen och förståelsen av vårdbiträdenas roll i vårdkedjan fördjupades. Arbetet med att ta fram nya riktlinjer för kontaktpersoner gav nya insikter om att vårdbiträdet/kontaktpersonen fyller en viktig funktion i vårdtagarens/patientens vardag, men samtidigt är en dåligt utnyttjad resurs i vårdkedjan,

”därför att alla yrkesgrupper håller på sitt /.../ Det skulle gå att spara tid med kontaktpersoner, nu är det mycket som dubbelkollas.” (arbetsgrupp 2, intervju)

### *Prova i praktiken*

Genom att arbetsgrupperna befann sig i sinsemellan olika stadier av sitt arbete, sammanföll faserna i cirkelmodellen delvis med varandra i projektgruppen.

*Arbetsgrupp 1* kartlade problem och kontaktvägar i vårdkedjan genom intervjuer med åtta vårdtagare/patienter, fem närstående och sex vårdbiträden i hemtjänsten. Gruppen skrev en rapport ”Individen i centrum – hur den enskilde och anhöriga uppfattar eventuella problem i hemvården”. Rapporten ger ett rikt material som underlag för fortsatt arbete med att utveckla basteamen och den gemensamma vårdplaneringen i hemmet. Bland annat finner gruppen att vårdtagarna överlag är nöjda med hemtjänstens och primärvårdens insatser och att samarbetet mellan hemtjänst och primärvård i stort sett fungerar bra (i den berörda vårdcentralens upptagningsområde). Samtidigt uppdagas problem som bör åtgärdas, när det gäller samarbetet mellan personal, vårdtagare/patienter och närstående. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster medverkar t ex sällan i planering och samordning av vården. Arbetsgruppen framhåller särskilt, att vårdtagare/patienter och närstående efterlyser större flexibilitet vad gäller de kommunala hemtjänstinsatserna och att kontinuiteten i personalgrupperna har stor betydelse. Rapporten avslutas med följande reflektion:

”Frågan är hur man ska få ett fungerande basteam när Sunderbyns sjukhus öppnar 1999. I dag bestäms målen för fortsatt rehabilitering på sjukhuset i Boden och i bästa fall är distriktssköterska och biståndshandläggare med. Ofta görs ytterligare en bedömning i hemmet med personal från hemtjänst och primärvård. Målen som sätts på sjukhuset stämmer inte alltid överens med hemsituationen. Detta måste vara mycket förvirrande för vårdtagaren.”

Upplagt alltså, för konkreta miniexperiment i vardagsarbetet, för att komma till rätta med åtminstone några av dessa problem!

*Arbetsgrupp 2* hade till uppgift att utveckla hemtjänstens och vårdbiträdenas roll som vårdtagarnas/patienternas kontaktperson och samtidigt stärka vårdbiträdenas yrkesroll. Kontaktpersoner är inget nytt i Boden, men har tidigare endast tillämpats sporadiskt. Arbetsgruppen intervjuade en arbetsledare, en distriktssköterska, tio vårdtagare/patienter och tio vårdbiträden, samt genomförde praktiska försök i två hemtjänstgrupper, med bland annat nya riktlinjer för kontakt-



personer och särskilda informationsblad till vårddagare/patienter. Resultatet av dessa försök blev förbättrad information både till personal, vårddagare/ patienter och närstående om kontaktmannaskapet, samt ett skriftligt förslag till ”riktlinjer för kontaktperson” där även kontaktpersonens roll i basteamet berörs. Gruppen framhåller i rapporten att nästa steg är att få i gång en diskussion om kontaktmannaskapet i alla vårdbiträdesgrupper. Man har inga färdiga recept utan anser att ”varje grupp måste själv utforma sina riktlinjer”.

*Arbetsgrupp 3* genomförde en inventering av utbildnings- och handledningsbehovet hos 58 vårdbiträden i hemtjänsten, med hjälp av enkäter och ett mindre antal intervjuer. Gruppen tog också reda på vilka utbildningsinsatser som planerats i kommunen och gymnasieskolans kursutbud. Bland annat framkom att 20 procent av tillfrågade vårdbiträden i hemtjänsten helt saknade utbildning för sitt arbete. Majoriteten önskade mera utbildning i rehabilitering och i grundläggande sjukdomslära. Man uttryckte också behov av utökad handledning och information från sjukgymnaster och arbetsterapeuter i vardagsarbetet. Arbetsgrupp 3 skrev avslutningsvis i sin rapport:

”Vi anser att alla vårdbiträden inom hemtjänsten måste ges bättre förutsättningar för att klara de förändrade arbetsuppgifter och vårdsituationer som finns i dag. Att arbeta inom äldreomsorgen kräver särskild kompetens, vilket i sin tur kräver särskild utbildning med bland annat utbildning i rehabiliterande arbets- och förhållningssätt.”

Arbetsgruppen framhåller också att det är nödvändigt att snabbt få fram fungerande basteam där man lär sig att bättre ta tillvara varandras kompetens, bland annat genom handledning.

*Arbetsgrupp 4* träffades vid endast tre tillfällen, en heldag per vecka, för att diskutera temat ”basteamen i hemmet och gemensam vårdplanering” utifrån de tre övriga arbetsgruppernas resultat, med tonvikt på hur samverkan mellan beslut och verkställighet ska utformas. Gruppen fick dock av projektledningen inte mandat att fullfölja detta arbete. Motiveringen var att generella riktlinjer och arbetsbeskrivningar för biståndshandläggarna, som fattar beslut om bistånd, ännu inte utarbetats inom kommunen:

”vi /inom kommunen/ ska tydliggöra rollerna i vår egen organisation innan vi blandar in andra /dvs landstinget/” (intervju med person i ledningsgruppen)

Den tänkta tågordningen var att man först skulle fastställa rutinerna för samarbetet mellan kommunens biståndshandläggare och arbetsledare, för att i nästa steg diskutera hur biståndshandläggarens respektive arbetsledarens samarbete med landstingets distriktssköterskor skulle utformas.

Tiden räckte alltså inte till för alla arbetsgrupper att omsätta sina nya kunskaper i praktiska experiment. Delvis berodde detta på att man kom i gång sent, tre grupper först i februari 1998 och den fjärde gruppen, som skulle bygga på de

övriga gruppernas resultat, först i oktober 1998, endast tre månader innan projektets slut. Deltagarna i Bryggan upplevde också att deras mandat att göra fältförsök på egen hand var begränsat (nedan). Man gjorde därför ett medvetet val att förlänga probleminventeringen i de olika arbetsgrupperna, i stället för att satsa fullt ut på interventioner i vardagsarbetet.

### *Utvärdering*

Bryggan formulerade en vision och en modell för basteamen, men hade inte mandat att i praktiska försök fullfölja detta tema. Därmed kunde inte heller målet ”att vidareutveckla fastställd vårdkedja” bearbetas praktiskt i avsedd omfattning.

Viktigare ansågs vara, att Bryggan i sig blev ett forum för tolkning och meningsskapande som kännetecknar en lärande organisation (Håkansson 1995; Louis 1994; Senge 1990 ). Processen fick en vidgad innebörd, både i teori (som orienteringsbas) och praktik (i form av procedurer). Projektmetodiken har frigjort personalens engagemang och på så sätt stimulerat till lärande. Metodiken kan ses som en förstärkning av vardagsarbetet.

I Bryggans uppsummering (se slutrapporten, Nilsson 1998) framhålls att det inte är resultat (i betydelsen färdiga problemlösningar), som i första hand ska överföras från projektet till vardagsarbetet. I stället bör ledningen verka för att all personal får möjlighet genomgå samma utvecklingsprocess som kommit deltagarna i Bryggan till del. Det viktiga är att personalen på varje arbetsplats ”följer cirkelvägen”, dvs upptäcker saker tillsammans och lär av varandra, träffas över verksamhetsgränser och nivåer i vårdkedjan. Sätter sig ner och pratar sig samman, reflekterar och visar upp sig, som Bryggans projektledaren formulerade sig i en intervju. Bryggans vision av verksamheterna som lärande organisationer innebär att vardagsarbete och utvecklingsarbete integreras. På så sätt skulle man kunna undvika, eller minska, den spänning som uppstår mellan projekt och vardagsarbete och samtidigt främja ett bredare deltagande.

Genom Bryggan blev kommunikation och samarbete ett verktyg för att skapa motivation, delaktighet och personlig utveckling hos personalen istället att som tidigare bearbeta teknisk överföring av information mellan olika nivåer i vårdkedjan, Nya verktyg för samarbete och kommunikation utarbetades således, som kunde komplettera moderprojektets rutiner och blanketter. Färdigheter som självständigt tänkande, samarbetsförmåga och medverkan i utvecklingsarbete fick ökad uppmärksamhet. De undersökningar som genomförts i projektet har fungerat som strategiska inlärningsuppgifter, dvs de har stimulerat deltagarna att reflektera över arbetets mål och mening och därigenom vidga sin förståelse av de fenomen som studerats.

I vårdkedjan fanns en spänning mellan vårdbiträdenas traditionella yrkesroll och nya krav och förväntningar i arbetet, som krävde en ny orienteringsbas. Bryggan har bidragit till en sådan, främst genom att utforska kontaktpersonen

som en resurs. Vårdbiträderna har fått en fördjupad förståelse av sin roll i vårdkedjan. Yrkesidentiteten har också stärkts indirekt på olika sätt; medverkan i projektet har gett både ökad självkänsla och ökat självförtroende.

”Jätteroligt att se på seminariedagen hur alla vuxit och kan se sig själva som betydelsefulla i vårdkedjan.” (projektledaren, intervju)

På grund av omorganisation, sparbetning och svårigheter att skaffa vikarier (allmän personalbrist genom Kunskapslyftet), har flertalet personal upplevt en försämring av sin arbetsmiljö under projektiden, även projektdeltagarna. Vårdbiträderna har känt kraven öka, men har samtidigt fått stimulans, stöd och bättre kontroll över sitt arbete, vilket sammantaget inneburit en positiv utveckling av arbetsmiljön för deras del (jfr Karasek och Theorells arbetsmiljömodell 1990).

Utbildning och kompetensutveckling för hemtjänstens personal hade länge legat i stöpsleven och ”Brygganprojektet har hjälpt till att väcka liv i frågan” (intervju med företrädare för ledningen). Bryggan har till huvudmännen lämnat konkreta förslag till kompetenshöjande åtgärder, samt även informerat gymnasieskolans programråd om behoven. Mot slutet av projektiden fick hemtjänstens vårdbiträden genomgå en utbildning i ”rehabiliterande syn- och arbetssätt”. Samtidigt har deltagarna upptäckt att erforderlig kompetens inte kan uppnås enbart genom formell utbildning; det krävs också erfarenhetslärande genom praktiskt samarbete mellan yrkesgrupperna i vardagsarbetet och ett särskilt forum för gemensam reflektion och handledning.

Sammanfattningsvis har Bryggan bidragit till en allmän kompetenshöjning, särskilt för vårdbiträderna inom projektet, i riktning från manuellt utförande i ensamarbete till planering och reflektion tillsammans med andra. Deltagarna har tränat inte bara enkät- och intervjuteknik utan också skriftlig och muntlig presentation. Personalen har därmed fått tillgång till nya verktyg att fortlöpande granska omsorgsarbetets förutsättningar och utvecklingsmöjligheter och på så sätt vidga sin handlingsberedskap och planeringshorisont.

## Spänningar mellan utvecklingsarbete och vardagsarbete

Ett utvecklingsprojekt kan entusiasmera deltagarna till stordåd, samtidigt som övrig personal har svårt att inse det fina i kråksången. Motstånd uppstår, när projektet ska förankras. Bryggan betonade konsekvent betydelsen av ett fortsatt stöd för processen i vardagsarbetet, för att få till stånd en bred uppslutning för utvecklingsarbete på alla nivåer.

Överföringen av erfarenheter från projekt till vardagsarbete försvårades av att projektet sällan hann med att i praktiken pröva sina idéer om samordnad rehabilitering. (Ett undantag var förslaget till nya riktlinjer för kontaktpersoner.) Yttre störningar, som svårigheter att skaffa vikarier för att ersätta projektdeltagarna och en viss personalomsättning inom projektet, medförde ökad arbetsbelastning inte

bara för projektdeltagarna utan även för övrig personal, hämmade också förankringsarbetet.

Spänningar mellan gammalt och nytt uppstod då den av Bryggan utarbetade modellen för basteamens arbete skulle testas. Modellen innebar ett vidgat samarbete mellan kommunens hemtjänst och landstingsanställda sjukgymnaster och arbetsterapeuter i form av utökad handledning i basteamen. När det kom till kritan ansågs en sådan omfördelning av framförallt vårdcentralens resurser som orealistisk; den skulle innebära ökad belastning på primärvården, med minskad patienttid och ökad konkurrens om arbetstiden för de aktuella yrkesgrupperna (sjukgymnaster och arbetsterapeuter).

En dold spänning mellan Bryggan och vardagsarbetet hade att göra med det faktum att man i projektet inte fick tillfälle att genom praktiska försök bearbeta (och därmed ”upptäcka”) fältpersonalens ofta mycket vittförgrenade professionella nätverk, vilka, *in vivo*, var betydligt mera omfattande och mångfacetterade än vad som avspeglades i den modell av vårdkedjan som Bryggan, *in vitro*, arbetat fram. En viktig, men i Bryggans modell utelämnad samarbetspart var t ex vårdcentralens sedan länge etablerade och väl fungerande vårdlag.<sup>2</sup> En annan potentiell motsättning mellan Bryggan och vardagsarbetet låg i det faktum att vårdtagare/patienter lyste med sin frånvaro i det praktiska projektarbetet (trots att det i projektmålen uttryckligen slagits fast att samverka *med*, och inte samverka *om*, vårdtagaren/patienten skulle stärkas). Viktiga utvecklingshinder i fältarbetet, som gällde just personalens kontaktnät respektive vårdtagarens/patientens delaktighet, hade uppdagats i arbetsgruppernas enkät- och intervjuundersökningar. Trots att denna kunskap således redan fanns inom projektet, beaktades den inte nämnvärt i projektets egen modell av vårdkedjan. När en modell väl blivit formulerad, är det sedan svårt att se de delar av verkligheten som saknas, om modellen inte provas praktiskt.

Under projektiden omorganiserades äldreomsorgen i Boden. Många vårdbidräddestjänster försvann och en ny, centralt placerad funktion tillskapades (1998-05), ”biståndshandläggare”, som övertog arbetsledarnas uppgift att genomföra behovsbedömning och fatta beslut om bistånd. Samtidigt accentuerades och ut-

---

<sup>2</sup> Som illustrerande jämförelse kan nämnas Ulla Myhrs (1998) analys av kontaktnätet för en sjukgymnast och en arbetsterapeut, som i sitt arbete inom kommunal äldreomsorg hade ansvar för totalt 345 personers rehabilitering, i sju olika boenden. Deras kontaktnät innehöll områdeschef/arbetsledare, läkare, logoped, rehabsamordnaren, stadsbyggnadskontorets tekniker bostadsanpassning, hjälpmedelsfirmor, info/inköp, handikappinstitutet, medicinskt ansvarig sjuksköterska, slutna vårdens arbetsterapeuter, slutna vårdens sjukgymnaster, primärvårdens sjukgymnaster, primärvårdens arbetsterapeuter, boende, sjuksköterskor inom särskilda boenden, vårdpersonal inom särskilda boenden och hemtjänst, utbildningsansvarig, länsservice: tekniker/servicepersonal, servicegrupp, ortopedverkstaden, transporter, anhöriga, budgetansvarig, äldreomsorgschef, vårdhögskolan: lärare/studerande, områdeschefer, AT/SG övriga kommunteam, arbetsledare särskilda boenden och hemtjänst.

ökades arbetsledarnas personal- och utvecklingsansvar. Omorganisationen innebar tillkomsten av ytterligare en samarbetspart (biståndshandläggarna) i rehabiliteringsarbetet och att en ny arbetsdelning efter hand måste etableras inom kommunen, mellan arbetsledare och biståndsbedömare, respektive mellan arbetsledare och vårdpersonal. Detta medförde förändringar även för distriktssköterskorna, som nu måste ha kontakt med både arbetsledare och biståndsbedömare.

Dessa störningar i projektets yttre miljö, liksom byten av projektdeltagare, skapade otrygghet och bristande kontinuitet som otvivelaktigt fördröjde projektarbetet. Omorganisationen bidrog till ökade spänningar mellan Bryggan och andra kommunala instanser, som arbetade med delvis samma frågeställningar, t ex hur samarbetet mellan biståndshandläggare och övriga parter skulle lösas, eller hur basteam och kontaktmannaskap skulle utformas, m m. Trots att projektledaren förde en fortlöpande dialog med styrgrupp och ledningsgrupp framstod projektets mandat som otydligt för många deltagare, vilket hade en hämmande effekt på Bryggans ambitioner att testa sina modeller i praktiken.

## Diskussion

Bryggan kom att genomföras som ett från ordinarie verksamhet relativt isolerat projekt. Kunskapsbildningen baserades snarare på undersökningar, prat och reflektion, än på direkta interventioner i vardagsarbetets praktik. Det material som Bryggan samlade in utgör dock en rikhaltig databank för fortsatt experimenterande. När det gäller utveckling av vårdkedjan, innebar lärandet främst produktion av psykologiska verktyg, dvs nya orienteringsbaser.

Lärandet i Bryggan kan förstås på olika plan. Bryggan utvecklade förhållningssätt och procedurer som kunde engagera deltagarna i och för förändringsarbete; när personalen inte bara fick ansvar och befogenheter att syssla med utvecklingsarbete, utan också fick tillgång till nya verktyg, satte man igång med att göra undersökningar: man inventerade problem i vårdkedjan och i arbetsmiljön, man tog in vårdtagarnas/patienternas, närståendes och personalens synpunkter och man analyserade kontaktpersonernas funktion. Att genomföra dessa undersökningar var ett sätt att prova i praktiken, inte genom praktiska interventioner i rehabiliteringens vardag, men med avseende på metoder och arbetsformer i en lärande organisation. Lärandet var meningsfullt genom att deltagarna lyckades sätta in behovet av information och informationsutbyte i ett vidare verksamhetsmässigt sammanhang och samtidigt prova ut nya procedurer för samarbete och kommunikation.

Projektmetodiken behöver förstärkas så att probleminventering och analys bättre balanseras med interventioner i vardagsarbetet. Framförallt måste vårdtagare/patienter och närstående i framtiden tillförsäkras större delaktighet i utvecklings- och förändringsarbetet, för att öka realismen i projektarbetet. För

verksamheten innebär den närmaste utvecklingszonen, enligt Bryggans erfarenheter, att tydliggöra rågången mellan projekt och linje, att skapa en policy för hur utvecklingsarbete och vardagsarbete ska balanseras, eller integreras, som är känd för alla i organisationen.

Många av de instrument för meningsfullt lärande som producerades i Bryggan hann inte lämna provrörsstadiet under projektiden. Men Bryggans förmåga att engagera personal och bredda deltagandet, har vunnit anklang hos ledningen. Ute på berörda arbetsplatser har personalen börjat förstå Bryggans arbetssätt och ta till sig innebörden av att ”satsa på processen”. Trots att många hinder återstår, har Bryggan funnit en form för lärande och utveckling i tvärfackliga team som kan ha en framtid i Boden.

## Meningsfullt lärande – några reflektioner

Samhällets möjlighet att klara rehabiliteringen av de äldre är avhängigt enskilda människors kompens och förmåga till nytänkande och gemensam kunskapsutveckling över sektors- och yrkesgränser.

”Kreativa processer förutsätter kommunikation mellan individer och kompetensområden /.../ Många olika faktorer samverkar i en kreativ miljö, flera av dem måste finnas på plats. Det är denna samtidighet och detta växelspel som ställer så stora krav på miljön /.../ Den skall erbjuda många kombinationsmöjligheter, vilket förutsätter mångfald och variation /.../ Den kreativa miljön är närmast kaotisk.” (Törnqvist 1990, s 50-51)

Kreativa forum, ”tredje ordningens verktyg”, fyller ett tomrum i organisationernas strävan att decentralisera ansvar och befogenheter och som stöd för samarbetet på tvären vid lokal resurssamordning. De tvärprofessionella teamen i föreliggande projekt hade karaktären av flexibla nätverk. Om tvärprofessionella team successivt ska inlemmas i vardagsarbetet, som nya organisatoriska verktyg, ligger en del av verksamhetens närmaste utvecklingszon i att skapa balans mellan vertikal och horisontell arbetsorganisation och värna om nätverksaspekten så att den inte uppslukas av den traditionella byråkratin.

På det individuella planet innebär meningsfullt lärande i utvecklingsarbete att deltagarna breddar och fördjupar sin erfarenhetskunskap i samband med att man bearbetar strategiska inlärningsuppgifter. Olika yrkesgrupper kommer varandra närmare. Projektet bidrar till ett nytt gemensamt synsätt på kunskapsuppbyggnad och idéspridning i en tvärprofessionell verksamhet, som på ett fruktbart sätt kompletterar och överskrider moderorganisationens referensramar. Projektarbetet befrämjar deltagarnas personliga utveckling. Personalen bygger successivt upp en större professionell trygghet i samarbetet och lär sig att ta kontakt med varandra över yrkes- och sektorsgränser även i det praktiska fältarbetet, vilket även kommer vårdtagare/patienter tillgodo i form av effektivare problemlösning och

kortare beslutsvägar. Deltagarna förändras av pratet, genom att utväxla språkliga berättelser som blir till verktyg för förändring genom undersökningar och experiment.

Ett hinder för meningsfullt lärande är sjukvårdens hierarki och elitisering, som många gånger försvårat en öppen kommunikation mellan parterna i vårdkedjan. För kommuner och landsting gäller det att gemensamt välja objekt för utvecklingsarbetet som inte är perifera utan strategiska i förhållande till denna problematik. En annan systemaspekt gäller valet av människosyn i rehabiliteringen av de äldre. Specialiseringen inom vård och omsorger har bidragit till en fragmentering av kunskaperna om människan som biologisk-social-kulturell varelse. Inom sjukvården eftersträvas mer och mer ett omhändertagande av hela patienten, inte bara att bota och åtgärda, även om det går utanför sjukdomsbehandling i strikt mening. Inom omsorgerna, å andra sidan, ökar behovet av medicinska kunskaper. Det är viktigt att en gemensam människosyn utvecklas i vårdkedjan och att man i vardagsrehabiliteringen, i resursknapphetens tecken, t ex inte återgår till en inom sjukvården redan föråldrad, renodlat medicinsk modell. Särskilt angeläget är att även vårdtagare/patienter och närstående blir delaktiga i utvecklingsarbetets samtliga faser, för att få fram verktyg som håller måttet även i det praktiska fältarbetet.

## Referenser

- Cole, M (1996) *Cultural Psychology*. Cambridge och London: The Belknap Press of Harvard University Press
- Engeström, Y (1987) *Learning by Expanding*. Helsinki: Orienta
- Engeström, Y (1990) "Verksamhetsteori och utvecklande arbetsforskning." (Småskrift) Äldrecentrum Norr. Lycksele: Skytteanska
- Gustavsen, B och Hofmaier, B (1997) *Nätverk som utvecklingsstrategi*. Stockholm: SNS förlag
- Howard, A (red) (1995) *The Changing Nature of Work*. San Francisco: Jossey-Bass
- Håkansson, K (1995) *Förändringsstrategier i arbetslivet*. (Akademisk avhandling) Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet No 57
- Kaptelinin, V (1996) "Activity Theory: Implications for Human-Computer Interaction." I Nardi, A B (red) *Context and Consciousness*. London: MIT Press, s 17-44
- Karasek, R och Theorell, T (1990) *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books
- Lave, J (1995) "Teaching, as Learning, in Practice." Sylvia Scribner Award lecture given at the American Educational Research Association's Annual Meeting, San Francisco, CA
- Lindberg, L-Å (1985) "Meningsfulla sammanhang." Sundsvalls kommun: Socialfältforskningsstationen, rapport nr 11
- Lindberg, L-Å (1997a) "FoU som instrument för verksamhetsutveckling." I Thomas Tydén (red) *Den reflekterande kommunen*. Stockholm: HLS Förlag, s 109-126

- Lindberg, L-Å (1997b) "Psykosocial arbetsmiljö. Mediet som blev budskapet: forskning." *Arbete Människa Miljö* nr 3, s 156-164
- Louis, K S (1994) Beyond 'Managed Change': Rethinking How Schools Improve. *School Effectiveness and School Improvement* Vol 5, No 1, s 2-24
- Mott, L (1992) *Systemutveckling*. (Akademisk avhandling) serie 3.92. Köpenhamn: Handelshøjskolen
- Myhr, U (1998) Blir du satt så får du sitta. En spegling av rullstolsbundnas tillvaro inom kommunal äldreomsorg. *Nordisk Fysioterapi*, volym 2, s 145-158
- Nilsson, S (1998) "Brygganprojektet. Samverkan mellan Socialförvaltningen och primärvården i Bodens kommun." Slutrapport dec 98. Projekt nr 97/0447, Bodens kommun
- Senge, P (1990) *The Fifth Discipline. The Art and Practice of the Learning Organization*. NY: Doubleday. (Svensk översättning 1995, *Den femte disciplinen*. Stockholm: Nerenius och Santérus förlag)
- Senge, P M, Roberts, C, Ross, R B, Smith, B J och Kleiner, A (1995) *The Fifth Discipline Fieldbook*. London: Nicholas Brealey
- SOSFS 1996:32 *Informationsöverföring och samordnad vårdplanering*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 1994:48. *Kunskap för utveckling*. Stockholm: Fritzes
- Strömberg, U-B och Tydén, T (1999) *Spännande möten. Samverkan mellan forskare och praktiker*. Stockholm: Svenska kommunförbundet
- Törnqvist, G (1990) "Det upplösta rummet – begrepp och teoretiska ansatser inom geografien." I Karlqvist, A (red) *Nätverk*. Stockholm: Gidlunds



# Kapitel 4

## Arrangerade nätverk som utvecklingsstöd

*Jan-Olof Åberg*

I jämförelse med den framväxande kunskapen om produktionsnätverk och nätverksorganisationer är diskussionen om lärande, utvecklande eller förnyande nätverk fortfarande relativt outvecklad. Då diskussionen förts har ambitionen oftast varit att visa förebilder och på olika sätt främja utvecklingen av förnyelse-nätverk (t ex Gustavsen och Hofmaier 1997; Philips och Gustafsson 1994).

Tydliga begrepp och kritiska frågor behöver således utvecklas.

Forskningen kring nätverk inom ramen för Sjukvårdsprogrammet utgick från frågan hur spridning av erfarenheter sker mellan de berörda arbetsplatserna och organisationerna, och hur gränstorna ser ut mellan organisationer och nätverk. Det visade sig efter hand att den frågan byggde på en förenklad föreställning om nätverkens karaktär. De arrangerade nätverken var inte bara förmedlande förbindelser mellan projekt med gemensam problematik, utan gjordes också till mer eller mindre självständiga utvecklingsresurser som bland annat byggde på att man samutnyttjade externa kunskapskällor. Det blev också tydligt att nätverken utvecklades, till inte så liten del, utifrån de speciella förutsättningar som rådde inom Sjukvårdsprogrammet. Framför allt var nätverken här mer heterogena i sin sammansättning, och arrangemangen i högre grad uttryck för externa förväntningar, än vad som rapporteras i andra nätverksstudier (t ex Philips och Gustafsson 1994).

Följande berättelser och slutsatser baseras på intervjuer, intern dokumentation, avlämnade rapporter och i ett av fallen sporadiskt deltagande i tre av nätverken inom Sjukvårdsprogrammet.<sup>1</sup> Det finns faktorer som sannolikt har påverkat förloppen i nätverken, men som inte kan belysas tillräckligt med de data som står till buds. I första hand gäller det den interna utvecklingen i vart och ett av förändringsprojekten, i synnerhet i de två första nätverksfallen. En annan invändning är att enbart ett urval av nätverksdeltagarna har intervjuats. På grund av behovet av information som bygger på systematisk dokumentation och kontinuerligt deltagande finns det en överrepresentation av projektledare bland de intervjuade, medan andras perspektiv och erfarenheter kan vara underrepresenterade.

---

<sup>1</sup> I början medverkade Carolina Granath som doktorand i undersökningen, och gjorde bl a intervjuer och deltagarobservationer, särskilt i nätverket Kolan. Marija Sundberg-Wincent har därefter intervjuat i de två övriga nätverken.

I vart och ett av fallen ges en kort redogörelse för betingelser och grundarrangemang, aktiviteterna i nätverket, hur nätverket relaterades till de deltagande projekten och vilket utbyte som man efter hand såg att nätverkandet givit. I varje sådan nätverkshistoria framträder ett eller flera teman som kan leda till en mer generell förståelse av nätverkandet som utvecklingsverktyg och social process.

Ledstjärnorna eller visionen bakom att arrangera nätverk för lärande och utveckling, bland annat hos ledningen för Sjukvårdsprogrammet, kan formuleras som ett antal hypoteser om nätverkens positiva funktioner. Nätverken är enligt dessa antaganden värdefulla genom att de kan ge individuellt stöd, legitimitet och effektivt samutnyttjande av kunskapsresurser, samt möjlighet att sprida kunskap och lära av olikartade perspektiv och erfarenheter. Dessa hypoteser diskuteras avslutningsvis utifrån iakttagelserna i de tre nätverksfallen.

## Nätverk Väst

Nätverk Väst sattes samman av fyra regionalt närbelägna utvecklingsprojekt som representerade sinsemellan olika verksamhetsområden. Några av deltagarna, i synnerhet bland projektledarna, hade tidigare varit med om att samverka och utbyta erfarenheter i nätverk som hade uppstått eller skapats mellan kliniker med likartad verksamhet. Deras förväntningar bottnade i erfarenheten av sådana homogena nätverk, där utbytet av konkreta råd och kunskaper kring gemensamma vård- och behandlingsfrågor hade dominerat. Eftersom det genast stod klart att de nätverk som nu höll på att arrangeras tvärtom var heterogena vad gällde sakinnehållet i de vårdfrågor som kunde komma upp, möttes arrangementet med frågor och förvirring. Både innehållet i förändringsfrågorna och det tempo i vilket man arbetade sig fram i projekten tycktes så olika. Deltagarna fick klart för sig att det förväntades att de skulle samverka i nätverk som en del av åtagandena inom Sjukvårdsprogrammet, och att det nu gällde att göra det bästa av situationen trots att det inte var klart vad nätverkets verksamhet egentligen gick ut på. Programledningens riktlinjer uppfattades som vaga och motsägelsefulla.

De första träffarna med nätverket fick ägnas åt frågan vad man skulle ägna sig åt och hur samverkan skulle arrangeras. Det gällde att finna de likheter och gemensamma intressen som kunde hålla samman nätverket och ge det mening, trots projektens olikheter. Till att börja med stod det klart att projekten hade gemensamma intressen som deltagare i Sjukvårdsprogrammet: bland annat skulle deltagarna så småningom skriva rapporter om ganska komplexa skeenden, och här fanns möjlighet att få tips och lära av varandra. Deltagarna ansåg också att nätverket skulle kunna vara en utbildningsresurs kring frågor som var av allmänt intresse, exempelvis nedskärningar, ekonomisk styrning och övergripande organisation i landstingen. Det framgick också att deltagarna ville ha stöd och råd i mer specifika frågor som rörde enskilda projekt.

En del av de mer nätverkserfarna deltagarna hade också en föreställning om att nätverket kunde stärka projektansvariga genom att ge tillfällen till reflektioner tillsammans med andra i samma situation. Utbytet av nätverket skulle på så sätt inte behöva relateras till den omedelbara nyttan i konkreta råd och riktlinjer utan vara mer indirekt och ha att göra med projektgruppernas självkänsla och uthållighet.

### **Nätverket får en struktur**

I nätverkets första fas ägnade deltagarna sig under två nätverksträffar åt att artikulera en gemensam syn på innehåll och arbets sätt. I denna struktureringsfas fann också nätverket i stort sett den form som det behöll under hela projektperioden. Struktureringen bestod bland annat i att man bestämde syften och arbetsprinciper, utformade deltagarkriterier och rollfördelning, och planerade aktiviteter.

De syften eller gemensamma intentioner med nätverket som artikulades vid de första mötena kan sägas handla om *nätverket som form*. Enligt minnesanteckningarna från andra träffen såg man nätverket som

”människor med liknande uppgifter som samlas för att utbyta erfarenheter med varandra. De kan hjälpa varandra, stödja varandra och ha samma intresse.”

Som sammanfattning av diskussionen noterades:

”...att få kontakter är livsviktigt, en säkerhetsventil att kunna diskutera och få kunskap...nätverkets uppgifter är tvärprofessionellt samarbete, problem-inventering med olika infallsvinklar, och att ge trygghet, att ge feedback på våra egna projekt, att vara inspirationskälla och ha ett tillåtande klimat.”

Deltagarna hade således förväntningar om ett *arrangemang* som uppfyller funktioner som erfarenhetsutbyte, stöd och ”säkerhetsventil”, men inte en uttalad gemensam föreställning om innehållet, det vill säga om vad för slags kunskap man skulle få i nätverket eller vad dess gemensamma aktiviteter skulle inriktas på.

En elementär arbetsfördelning gjordes genom att värdskapet för nätverksträffarna fick rotera mellan projekten. Planeringen av innehåll och uppläggning av varje träff sköttes av värdprojektet, i synnerhet av projektledaren. Utgångspunkten var de idéer och önskemål som kontinuerligt samlades upp då nätverket samlades. Man fastställde således inte någon långsiktig plan för nätverkets aktiviteter, utan höll det framtida innehållet öppet.

Projektledarna sågs någon gång mellan nätverksmötena för att diskutera planerna för nätverket. Den ekonomiska redovisningen måste av praktiska skäl läggas på en av projektledarna. I övrigt förekom inte någon uttalad rollfördelning.

Deltagarna i de berörda projekten tog för givet, och gjorde till en princip, att de alla skulle ingå i nätverket. Gruppen fick på så sätt ett drygt fyrtiotal medlem-

mar. Att dessutom bjuda in ytterligare representanter för de berörda arbetsplatserna blev knappast aktuellt om man skulle upprätthålla ett samtalsklimat som tillät friare reflektioner och ett givande erfarenhetsutbyte. Att ständigt behöva informera nykomlingar om nätverkets karaktär och mening skulle verka störande, menade deltagarna. Nätverk Väst kom alltså, trots sin storlek, att utgöra en relativt sluten församling.

Nätverket kom att träffas allt som allt sju gånger under en period på två och ett halvt år. Förutom de kontakter mellan projektledarna som föranleddes av planering av nätverkets möten och andra gemensamma frågor förekom mycket sällan någon kontakt mellan nätverksmedlemmarna under mellanperioderna. Nätverket fick på det sättet en tidsmässig struktur: det uppstod som *samling* vid ett antal tillfällen och existerade knappast däremellan. Sannolikheten att deltagarna skulle lyckas utveckla en gemensam gruppidentitet var på så sätt liten, och den tillhörighet man kände gällde i första hand den egna arbetsplatsen och det projekt som pågick där.

### **Aktiviteter i Nätverk Väst**

Deltagarna hade i första hand formulerat intentioner för samspelet inom nätverket och vilka stödjande och känslomässiga funktioner det skulle ha. Men det fanns också en förväntan om ett kunskapsinnehåll som kunde tillgodoses via föreläsningar. Denna inriktning kom inte tydligt till uttryck i den inledande struktureringen, men gjorde sig allt mer gällande när deltagarna efter hand diskuterade vad nästa träff borde innehålla. Man såg det som naturligt att inleda nätverksträffarna med någon föreläsning som följdes av gruppdiskussioner, och i det avseendet kom man att anknyta till de utbildnings- och informationstraditioner som förekommer inom vårdsektorn. De föreläsningar som nätverket anordnade handlade om hälso- och sjukvårdsekonomi, implementationsteknik, kompetensbegrepp, kostnadsberäkningar inom vården samt individuella förändringsprocesser. Dessutom rapporterade man varje gång vad som hände i de olika projekten och fick – mestadels – synpunkter på de skeenden, problem och åtgärder som beskrevs. Detta inslag blev det dominerande vid några av träffarna. Man vinnlade sig om att låta diskussionsgrupperna bestå av personer från olika projekt och från olika professioner, så att företrädare för olika verksamheter och specialiteter ständigt skulle mötas.

Med undantag för första tillfället omfattade träffarna en eftermiddag och hela påföljande dag. Normalt redovisade man och diskuterade projekterfarenheter under första eftermiddagen, och ägnade sig åt föreläsarens tema dagen därpå. Arrangemanget gav möjlighet att umgås under kvällstid vid de konferensanläggningar som man anlätade. Detta ledde till mer informella kontakter, och vid några tillfällen anordnade man särskilda aktiviteter för att ytterligare stärka nätverkets sociala funktion.

## Nätverk Väst och utvecklingsprojekten

Nätverket hade, tack vare Sjukvårdsprogrammet, ekonomiska resurser att låta ett fyrtiotal personer resa på tvådagarskonferens vid ett antal tillfällen (det kan noteras att det geografiska avståndet till platsen för träffarna var relativt litet för samtliga projekt). Däremot kunde inte extra medel anslås till att ersätta nätverksdeltagarna i arbetet när de deltog i träffarna. Deltagandet måste därför bekostas via verksamhetsbudgeten, och inte sällan fick nätverksmedlemmar resa till nätverksträffar på sin fritid. Detta kunde i viss mån lägga hinder för deltagandet, men i princip fanns det ändå goda möjligheter för en grupp av ständiga deltagare att kontinuerligt föra sina frågor och kunskaper in i nätverket. Frågan är då på vad sätt det som skedde i nätverket kunde bidra till hemmaprojekten. Att döma av intervjuerna fanns inte många exempel på att man *direkt överförde erfarenheter och kunskaper* från det ena projektet till det andra i form av konkreta tips och metoder för förändringsarbetet. Det utesluter nu inte att nätverket hade andra slags effekter för projekten.

## Utbytet av att nätverka

Vid den första struktureringen av nätverket hade deltagarna resonerat sig fram till vilka förväntningar man borde ha på de kommande årens nätverkande. Dessa var allmänt hållna, och efter hand kom inslaget av utbildning i form av föreläsningar att ta större plats än vad man uttalat från början. De inledande ambitionerna var alltför oprecist formulerade för att användas som utgångspunkt för utvärdering av nätverkandet. Istället bad projektledarna deltagarna att fritt reflektera över vilket utbyte de haft av de olika aktiviteterna och mötena, och efter sista nätverkssamlingen skrev ett tjugotal deltagare ner sina synpunkter på träffarna. Av kommentarerna framgår att *diskussionerna* nästan alltid varit givande, antingen för att man fick intressanta uppslag och idéer eller för att man stärktes i sin projektroll genom att få gensvar hos andra. *Föreläsarna* och deras teman – som man tagit fram efter önskemål från ett mindre antal bland deltagarna – uppfattades ofta som givande, men inte alltid. I deras fall var det mer en slump om innehållet och framställningen stämde överens med de frågor som respektive deltagare hade för tillfället. Att trivseln och möjligheten till reflektioner under informella former hade sin betydelse för det personliga utbytet framgår också av kommentarerna.

Både i deltagarnas kommentarer och i intervjuerna med vissa av dem beskrivs det positiva utfallet i ganska allmänna termer. Det var svårt att i efterhand få fram konkreta exempel på information, diskussioner eller begreppsutveckling som hade direkt betydelse för nätverksmedlemmarna i deras förändringsprojekt. Men deltagarna ansåg ändå att nätverket givit emotionellt och kunskapsmässigt stöd och på olika sätt stärkt deras identiteten som projektutvecklare.

Särskilt de deltagare som antingen hade vana vid utvecklingsarbeten och nätverkssamverkan, eller fungerade som projektledare, såg flera positiva funktioner

hos nätverket. En sådan handlade om att få den egna projektprocessen bekräftad som typisk och legitim i olika avseenden. Man blev genom de andras exempel och gensvar än mer medveten om att förändringar tar tid, att de kräver ett helhets- eller systemperspektiv, att det är svårt att förankra förändringsprojekt på alla nivåer i vårdhierarkin, och att det egna projektet ingick i ett större mönster av förändringar inom vårdsektorn. En annan funktion var att ge ett sådant stöd i positionen som "utvecklare", att man hemmavid fick mod att släppa kontrollen och tillåta andras idéer att utvecklas utan hänsyn till traditionella hierarkiska arbetsformer. Förutsättningar för detta var ett socialt stöd och ett intellektuellt sammanhang där det framstod som förnuftigt att inta ett antihierarkiskt förhållningssätt.

Även om deltagarnas tillfredsställelse med nätverkandet hade varit god och viljan att delta i nätverk över huvud taget hade utvecklats, rådde det efteråt delade meningar om nätverket varit värt sitt pris. En dominerande mening var att den relativt stora nätverksbudgeten varit en nödvändig förutsättning både för det breda deltagandet och för acceptansen på respektive arbetsplatser. Men åsikten fanns också att en hel del nätverkande ändå sker inom vården och att de funktioner som har nämnts skulle ha kunnat fyllas utan så mycket extra pengar. Att stora resurser lagts på resor och konferenser, när resurserna i själva verksamheten var knappa, kan ha gjort många skeptiska till utvecklingsprojekten över huvud taget.

### **Nätverk glimtvis**

Med undantag för de träffar som projektledarna hade förekom lite kommunikation inom nätverket under perioderna mellan nätverksträffarna. Nätverket uppstod egentligen bara vid enstaka tillfällen, och vilade däremellan. Det fungerade "glimtvis". Denna tidsmässiga organisering har åtminstone två aspekter. Den ena är att träffarna kunde fungera som uppsamlings- och avstämningspunkter för de deltagande projekten. För att kunna redovisa erfarenheter måste deltagarna reflektera i förväg, strukturera vad som hänt och dra preliminära slutsatser. Nätverkets tidsordning hade på det sättet betydelse för lärandet i de enskilda projekten och påverkade kanske rentav deras egen tidsordning.

Den andra aspekten är att träffarna fungerade som avbrott i vardagen. Nätverksträffarna var en alldeles särskild aktivitet där man hade tid att tänka efter, fördjupa sig i upplevelser och ta in nya impulser, avskilt från vardagsrutinerna.

Både avbrottet och avstämningen förutsätter, för att fungera, att nätverket samlas med lagom långa tidsintervall. Nätverket måste vara frekvent nog för att hållas vid liv men samtidigt glesare nog för att hinna förse med nya erfarenheter från projekten och för att upplevas som verkliga avbrott i vardagen. Ledningsgruppen hade angivit minst fyra träffar per år som riktvärde. Nätverk Väst samlades vid sju tillfällen på två och ett halvt år, och hade således en glesare tids-

struktur än vad som förespråkats. Möjligen kan ledningsgruppen ha haft överdrivna föreställningar om inflödet av nya frågor och kunskapsbehov från projekten, men arbetsbelastningen hos deltagarna bidrog också till att nätverksträffarna blev färre.

### **Spridning eller funktion?**

En vanlig föreställning är att nätverk är till för att sprida information eller beteenden. Det verkar därför rimligt att fråga sig vad det är som sprids från nätverket till projekten och vårdorganisationerna, och hur den spridningen går till: redovisas innehållet i de lärdomar som dragits, och överförs råd och förebilder till egen praktik?

I Nätverk Väst är den frågan inte så lätt att besvara (och kanske inte i andra nätverk heller, vilket vi återkommer till). Eftersom hela projektgrupperna redan ingick i nätverket uppstod egentligen inte frågan om spridning av kunskaper från nätverksdeltagare till övriga i utvecklingsprojekten. Spridningen till annan personal och till verksamhetsansvariga tycktes dessutom vara av mindre omfattning. Det går att se flera bidragande orsaker till detta. En är att utrymmet för diskussioner och information i samband med arbetet har krympt i takt med att vårdens resurser skurits ner. En annan orsak är att de inblandade arbetsplatserna ständigt varit indragna i olika omorganisationer och utvecklingsprojekt, varför projekten blev en mindre del av alla förändringar som skedde, och det blev relativt ointressant att få information från ytterligare konferenser. En tredje faktor är att de ekonomiska frågorna fått sådan vikt att utveckling av organisation och arbetsmetoder rönt mindre intresse. Detta tycks inte minst gälla för verksamhetsledningarna. Projektens förankring i dessa varierade bland de projekt som ingick i nätverket.

Spridningsantagandet handlar om att nätverket skulle skapa eller hantera något som kan *förflyttas* eller delges, såsom information eller metodik. Det kan också betyda att någonting *smittar*: genom nätverkandet lägger man sig till med attityder och beteenden som andra i sin tur kan ta efter. Nätverk kan med andra ord betraktas som arenor eller system av kanaler. Ingen av dessa betydelser verkar relevant här. I det här fallet förekom informationsspridning i låg utsträckning av skäl som ovan angivits, och nätverket fungerade alltför sällan och alltför kortvarigt för att sätta verkliga spår i beteenden och attityder.

Istället för att tala om spridningseffekter är det kanske bättre att se nätverk som resurser och deras effekter som *funktioner* som de kan ha för deltagarna och deras projekt. Några sådana funktioner kan urskiljas i det här fallet. En är *speglingen*: man får genom interaktionen i nätverket en signal om hur det egna projektet ligger till ifråga om olika problem och framgångskriterier som omtalas. Projektet kan inordnas i olika värdeskalor, som gäller exempelvis graden av förankring, i vilken grad man har fått konkreta resultat, eller vilket engagemang

personalen har i förändringen. Det egna projektet får en position på dessa skalor, vilket i sin tur kan ge anledning att känna sig upplyft (eller nedslagen) i rollen som projektmedverkande.

Identiteten som ”utvecklare” eller projektarbetare i en ansträngd och hierarkisk organisation riskerar att bli svag och illa understödd till vardags. Nätverket kan då fylla funktionen att *kognitivt bekräfta* utvecklaridentiteten. Det sker på flera nivåer: genom det konkreta mötet med likar från andra håll, genom kontakten med språkbruket på området, genom att tillägna sig berättelser och anekdoter om andra utvecklingsförlopp, och genom kontakten med generella begrepp och teoretiserade bilder av de processer man deltar i. På ytterligare en nivå handlar det om att se sin plats i en större helhet av förändringar inom vårdsektorn. Till dessa funktioner bidrar både det sociala utbytet och utbildningsinnehållet i nätverksträffarna. (Att denna identitetsförstärkning inte gäller lika mycket för alla deltagare återkommer vi till.)

Identiteten kan också *bekräftas emotionellt*. Många av de förväntningar som deltagarna hade, och som de såg som uppfyllda, rörde värdet av positiva och stimulerande kontakter med andra i nätverket. Att självkänslan förstärks kan ofta vara en viktigare effekt än att man tillägnat sig begrepp och metodtips. Nätverket får i sammanhanget en *oasfunktion*: när det är knappt om tid att umgås, reflektera och känna efter i jobbet ger nätverket tillfällen att andas ut, samtala och få medkänsla för utvecklarrollens bekymmer. Nätverket ger således ett komplementärt stöd till den (eventuella) uppbackning som den normala organisationen kring projektet förmår ge. Till denna motivationsaspekt kan givetvis också läggas tillfredsställelsen i att ta till sig nya begrepp och infallsvinklar i samband med utbildningsinslag och redovisningar i nätverket. De sociala funktionerna och den kunskapsförmedlande funktionen är på flera sätt svåra att skilja åt.

## Nätverk Öst

Nätverk Öst bestod under större delen av projekttiden av tre utvecklingsprojekt. Ett fjärde projekt, som ingick från starten, lades ner efter en tid och lämnade programmet. Liksom i Nätverk Väst var det företrädare för en heterogen uppsättning verksamheter som möttes. Utvecklingsprojektens syften varierade också, från direkt fokus på vårdkedjor till mer allmän inriktning på samverkan och förändringsbenägenhet inom en rad specifika områden. Den geografiska närheten var däremot stor, och korta restider gjorde att endagsträffar kunde bli effektiva.

De drygt tjugo deltagarna representerade olika positioner i vårdens hierarkier både professionellt och med avseende på inflytande och insyn i organisationen. Ett av projekten hade sedan flera år haft nätverkssamverkan som ett bärande inslag, och en del av deltagarna, i synnerhet projektledarna, hade flerårig vana vid förändringsarbeten och nätverkande, medan andra saknade sådan erfarenhet. Förutom de fasta deltagarna deltog ytterligare personer från respektive arbetsplats



vid nätverkens sammankomster, men i allmänhet bara som åhörare vid föreläsningar och andra genomgångar.

Även i det här nätverket hade deltagarna vid starten en bild av nätverk som samverkan mellan specialister inom samma verksamhetsområde. De vaga intentioner som man uppfattade från programledningen, om ett slags utveckling av kunskap om förändringar i allmänhet, skapade en viss förvirring i förhållande till den bilden. Projektledarna och andra med vana från utveckling och utbildningsaktiviteter var snabbast med att fatta poängen med att sätta samman olikartade projekt i ett och samma nätverk, medan andra förhöll sig mer avvaktande. I stort sett rådde samma osäkerhet som beskrevs i fallet Nätverk Väst. Men här tog man itu med situationen på ett annorlunda sätt.

### **Samordning och aktivitetsplan**

Vid första nätverksträffen utsågs två av projektledarna till samordnare för nätverket, med uppgift att ta hand om det merarbete nätverkandet medförde i form av planering, dokumentation och ekonomisk administration. De tog först på sig uppgiften att ge ett förslag till uppläggning av nätverkets aktiviteter. Deras förslag fastställdes vid påföljande träff. Samordnarna tog hjälp av de råd och riktlinjer som de kunde inhämta hos programledningen. En utgångspunkt var således de syften som programledningen meddelade: att berika projekten med hjälp av fördjupade reflektioner, att bygga på ett processinriktat arbetssätt och på tvärprofessionellt samarbete, och att allmänt fördjupa kunskaper om förändringsarbete i arbetsorganisationer. Samordnarna ägnade också tid åt att läsa in litteratur om nätverk med förändringssyften. Till programledningens direktiv lade man därefter mer specifika principer för nätverket: det skulle bestå av fasta deltagare, varje sammankomst skulle följas upp utifrån deltagarnas upplevelser, aktiviteterna skulle bygga på gemensamma intresse- eller fördjupningsområden och man skulle följa en aktivitetsplan. Detaljplanering och värdskap skulle alternera mellan projekten, i realiteten mellan projektledarna.

Redan vid andra träffen antogs alltså en färdig struktur för nätverket. Den innebar i första hand en bestämning av vad nätverket skulle utträta och bidra med, och innehöll inte några artikulerade principer om själva utbytet och samvaron i nätverket. Det fanns ändå underförstådda normer om ett öppet klimat och ett jämlikt utbyte som skulle bryta mot sedvanliga hierarkiska ordningar i vården. Dessa kom till uttryck i valet av metod för uppföljning av nätverksträffarna. Man använde sig av ett antal värderingsskalor som hade att göra med dels upplevt kunskapsutbyte och lärande, dels stöd och gemenskap. Dessa variabler knöts emellertid inte till någon uttalad processtrategi och uppföljningarna tycks ha haft mindre betydelse för nätverksarbetets uppläggning.

## **Aktiviteter: nätverket som studiecentrum**

Det ”processinriktade arbetssätt” som man sagt sig vilja använda kom knappast till uttryck i planeringen. Den var snarare pragmatisk, målinriktad och fokuserad på sakinnehållet. Nätverkets träffar kom att organiseras kring bestämda teman och presentationer av praktiska fall, som oftast gällde system och modeller som var i bruk på olika platser. Förändringsarbete, vårdorganisation och medicinsk teknik i praktiken dominerade alltså sakinnehållet. I samband med träffarna ordnade man ibland möjlighet att auskultera hos varandra.

Vid sidan om de nio träffar som nätverket hade förekom kontakter mellan nätverksmedlemmarna, även om detta i första hand gällde samordnarna. En del kontakter föranleddes av dessas gemensamma uppgift att planera för nätverket och redovisa dess aktiviteter gentemot programledningen. De är trots detta inte oväsentliga för att förstå nätverkets betydelse för projekten. Nätverket fungerade i viss mån som ett fortlöpande stöd för projekten, trots de iakttagelser som redovisas nedan.

Det som framstår som tydligast i bilden av Nätverk Öst, som den förmedlas i dokumentation och intervjuer, är dess *informationsförmedlande* karaktär. Man sysslade till övervägande delen med att informera sig om kunskapsområden som verkade relevanta för de verksamheter och de förändringsprojekt som deltagarna befann sig i till vardags. Det skedde genom studiebesök, hospitering, föredrag och olika genomgångar. Deltagarna fick på det sättet en omedelbar upplevelse av att kunna berika sina projekt genom att vara med i nätverket. Nätverk Öst framstår i första hand som en utbildningsresurs, ett studiecentrum, där det förmedlas som redan är auktoritativt och beprövat. Till den bilden bidrar också att inte bara föreläsare utan också en del av deltagarna själva kunde ge ingående information om det tekniskt/praktiska innehållet i förändringar som genomförts såväl under programtiden som dessförinnan. Vissa av nätverksmedlemmarna reste också tillsammans till andra tematiska konferenser som kunde redovisas vid träffarna.

Denna fokusering på information hindrade inte helt att man också delgav varandra erfarenheter från de egna projekten. Vid nätverksträffarna diskuterade man regelmässigt i mindre grupper och utbytte synpunkter utifrån egna erfarenheter. Diskussionerna fokuserades dock i första hand på ämnet för dagen, och i den mån allmänna förändringserfarenheter och reflektioner kring mer generella utvecklingsproblem ventilerades skedde det som ett slags bieffekt.

## **Nätverk Öst och utvecklingsprojekten**

På samma sätt som i Nätverk Väst kunde spridning av lärdomar från nätverket hindras av bland annat tidsbrist, mängden av pågående förändringar och bristen på naturliga kanaler för information om frågor av det här slaget. Även om deltagarna hade intentionen att förmedla vad de var med om i nätverket fann de det svårt att faktiskt sprida innehållet i föreläsningar och studiebesök. Det skulle

kräva att man fann lämpliga tillfällen och fick stort intresse på arbetsplatsen, men också att man fått begrepp om väsentligheterna i diskussioner och föredrag, något som åtminstone de mindre utbildningsvana kunde ha svårigheter med.

Ett slags indirekt spridning av verksamheten i nätverket såg man, i efterhand, i det att man blivit förtrogen med förändrings- och utvecklingsfrågor och fått insikt i tekniker och problem som kunde påverka ens sätt att se på det egna projektet. Här rör vi oss alltså återigen med de funktioner som diskuterades ovan i samband med Nätverk Väst. Deltagarna i Öst fann att nätverket kunde få betydelse för hemmaprojektet bara om det fanns en tillräckligt stor grupp av fasta deltagare som kunde vårda erfarenheterna tillsammans i det egna projektet, samtidigt som denna grupp måste vara liten för att inte fresta för hårt på personalsituationen i verksamheten. Vilka det är som deltar är också viktigt: deltagarna måste ha möjlighet att omsätta kunskaperna i praktiken. Efter något år knöt man fler chefer till nätverket för att få en bättre förankring av dess aktiviteter i de representerade organisationerna.

### **Utbytet: gemenskap och kunskap**

Flera av deltagarna omvittnar att det tog relativt lång tid att lära känna varandra i nätverket. Skillnaderna med avseende på professionell och administrativ position bidrog till detta. Personer i chefsställning tog ofta initiativ, och deltagarna gjorde sig gällande i diskussionerna så som kunde förväntas utifrån deras vardagliga positioner. Att aktiviteterna kretsade kring förändringskunskande och organisationsfrågor var också en orsak. De som hade mindre utbildnings- och nätverksvana kunde ha svårt att finna sig tillrätta bland människor som hade högre position i arbetet och större vana att diskutera vårdorganisation. I de mer homogena och sakfrågeinriktade nätverk som flera av deltagarna samtidigt ingick i hade man, som kontrast till detta, inte hämmats av sådana sociala skillnader utan snabbare kommit igång med kunskapsutbytet.

Efter hand lade man in särskilda aktiviteter i nätverksträffarna som skulle skapa gemensamma upplevelser utöver information och diskussioner. Med tiden vågade även undersköterskorna delta i samtalet, ställa frågor och uppleva sig själva som viktiga deltagare. Både över- och underordnade i arbetsorganisationen började efter ett antal träffar se poängerna i varandras perspektiv.

Eftersom vi konstaterat att Nätverk Öst hade karaktären av utbildningsresurs för deltagarna är det relevant att fråga vad slags lärande som utvecklades. Att döma av innehållet i nätverksträffarna borde utbytet vara kunskaper kring områden som man behövde lära mycket om i de enskilda projekten. Ett återkommande svar i intervjuerna var också att man fått värdefulla praktiska tips genom nätverket. Man sade sig också ha fått vidare perspektiv på förändringarna inom vårdorganisationerna och på förändringsprojektens villkor och genomförande. Men ofta fanns den sortens kunskap på erfarenhetsnivån: den hade inte teoreti-

serats eller gjorts till begrepp i nätverkets diskussioner. Men man hade blivit mer förtrogen med olika slags frågor som ständigt återkommer i samband med projekt av olika slag. Man kände igen situationer och upplevelser utan att sätta etablerade etiketter på dem eller sammanfoga dem i någon tankemodell.

En avsedd konsekvens av nätverksbildningarna var från ledningsgruppens sida att främja benägenheten att fortsättningsvis arbeta i nätverksform vid förändringsarbete. Inom nätverksgruppen fanns redan vissa erfarenheter i den vägen, och deltagarna uttryckte i allmänhet att de uppskattat sättet att arbeta, men tillade ofta att de föredrog mer specialiserade och homogena nätverk där kunskaper i enskilda frågor sprids och utvecklas bland de närmast berörda.

Det personliga utbytet var således ofta kunskapsmässigt och förenat med praktiska kontakter med ny information och nya metoder, bland annat med nätverkan-det som sådant. Även deltagarna i Nätverk Öst uttryckte erfarenheter liknande dem som diskuterats i Nätverk Väst: bekräftelsen av det typiska och legitima i det egna projektet, den personliga växten och utveckling av förmågan att kommunicera, minskad rädsla för förändring och stärkt identitet som aktiv deltagare i förändringar, och det emotionella stödet från andra i likartade situationer. Till skillnad från medlemmarna i Nätverk Väst tog man i Nätverk Öst dock mer sällan upp det trivsamma sociala utbytet och funktionen som reflekterande avbrott i vardagen – kanske i linje med det här nätverkets mer utbildningsinriktade och pragmatiska karaktär.

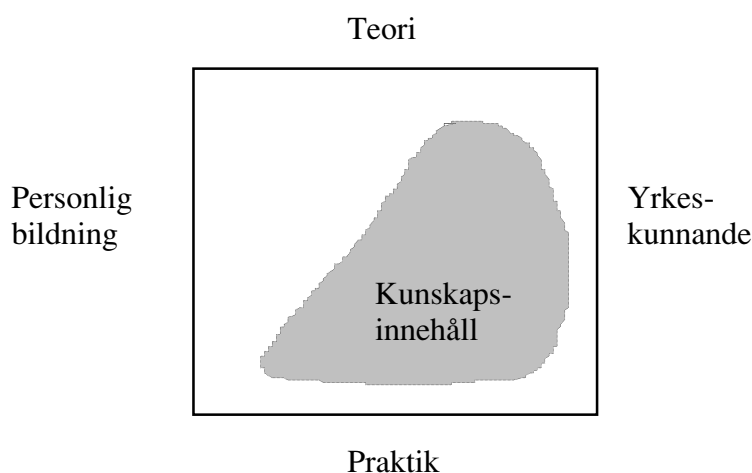
Som antytts var dessa upplevelser av utfallet inte jämnt fördelade bland deltagarna. Både det kunskapsmässiga och det sociala utbytet varierade med respektive deltagares position i vårdens hierarkier. De som till vardags befinner sig lägst i dessa redovisade i allmänhet praktiska erfarenheter och konkreta tips som det mest värdefulla, medan de mer utbildnings- och ledningsvana talade om övergripande förändringskunskaper. Bland annat detta leder oss in på en avslutande reflektion kring Nätverk Öst, och kanske kring utvecklingsnätverk i allmänhet.

### **Nätverket och hierarkierna**

Deltagarna i Nätverk Öst kom från olikartade verksamheter, men var en heterogen samling även i andra avseenden. Som antytts ovan representerade de olika professionella skikt i organisationerna, och de gick in i nätverket med olika perspektiv, förmågor och förväntningar. Det handlar om skillnader som förs in i nätverket från de berörda organisationerna i form av deltagarnas personliga bakgrund och uppövade förmåga att arbeta med olika slags frågor. Nätverket bildas med en inbyggd intern hierarki som är en spegling av vårdens hierarkier i allmänhet. Detta blir kanske särskilt tydligt i en grupp som Nätverk Öst, där man (trots goda intentioner) inte lagt större vikt vid att hantera grupprocesser och skapa en speciell arbetskultur skild från det vardagliga, och där en fokusering på

konkret ämnesinnehåll dominerade över samarbetsfrågorna som sådana. I Nätverk Öst kunde man berätta om en process som på grund av de inblandades personliga inställning och samarbetsförmåga ändå ledde till en utjämning av skillnader över tid, så att det sociala utbytet blev tillfredsställande för flertalet. Kanske kan man uttrycka det som, att man efter hand kunde se nätverket som en enad grupp, men att den upplevelsen egentligen inte var nödvändig för att nå de kunskapsinriktade målen.

De skillnader i bakgrund och inriktning som man finner i vårdhierarkierna kan i det här sammanhanget beskrivas som skillnader i inflytande och utbildningsvana. Inflytandeskillnaderna gäller både den egna arbetssituationen och övergripande beslut om bland annat arbetsorganisation, liksom inflytandet över vad som händer i förändringsprocesserna. Utbildningsvanan varierar givetvis med utbildningsnivå i yrket, men variationerna förstärks av de olika skiktens möjligheter och traditioner att förkovra sig i arbetet med hjälp av konferenser, forskning och utredningar, läroböcker etc. Till skillnaderna hör också att olika slags kunskaper är centrala för olika yrkesutövare. I hierarkiernas övre del dominerar en administrativ kunskap om bland annat förändringsverktyg, organisationsmönster och förändringars politiska genomförbarhet, medan en praktisk och specialiserad kunskap är mer värdefull på lägre nivåer. Den erfarna projektledaren med utvecklingsfrågor på sitt bord har, på grund av dessa skillnader, ett annat kunskapsintresse i nätverket än den praktiskt inriktade undersköterskan, och den senare skiljer sig också från läkaren med avseende på både inflytande och vana att tillägna sig teoretiska kunskaper.



**Figur 1.** Kunskapsfokuseringen i Nätverk Öst.

De kunskaper som kan förmedlas och skapas i nätverken, i synnerhet med de intentioner som gällde för Sjukvårdsprogrammet, är också av flera olika slag. De är exempelvis mer eller mindre generella, intellektuellt nyanserade och samlade under särskilda begrepp, med andra ord teoretiska. Eller annorlunda uttryckt: de

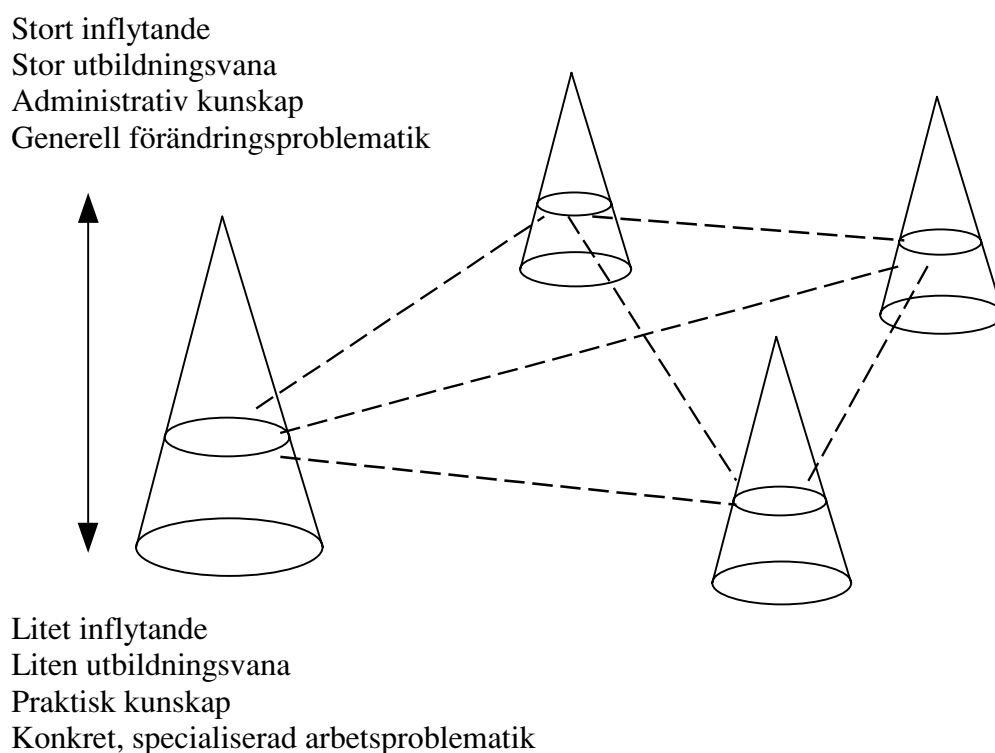
kan vara mer eller mindre specialiserade, erfarenhetsbaserade och handgripliga, eller med ett ord praktiska. Kunskaperna kan också vara mer eller mindre inriktade på specialiserad yrkesutövning eller på helhetssyn, personlig bildning och utveckling, vilket är något annat än skillnaden mellan praktik och teori – yrkesutövning är ofta teoretiskt utvecklade och den personliga utvecklingen lika ofta förenad med praktisk förmåga.

I Nätverk Öst lade man tonvikten på det specialiserade och praktiska, i viss kontrast till de signaler om generell (och abstrakt) förändringskunskap som utgick från ledningsgruppen. De aktiviteter man genomförde hade tyngdpunkten i bildens högra och nedre del (se figur 1) men de gav tydligen ändå möjligheter för olika deltagare att ta till sig olika slags kunskaper efter eget intresse. Detta intresse – och förmågan att direkt tillgodogöra sig kunskapsinnehållet – varierade som sagt mellan deltagarna. Undersköterskorna fick ut mycket av studiebesök och hospitering, medan administratörer och chefer såg sitt främsta utbyte i de övergripande föreläsningarna om framgångsrika projekt och förändringsverktyg. Föreläsningarna, liksom diskussionsinlägg från deltagare på andra hierarkiska nivåer, var å andra sidan ofta svårförståeliga för de mindre utbildningsvana, som därmed än mer tog sin tillflykt till det praktiska och specialiserade innehållet.

Nätverken i Sjukvårdsprogrammet skulle enligt programledningens intentioner betona allas delaktighet och samtidigt sprida förändringsbenägenhet och generell kunskap om förändringar i de berörda organisationerna. Med den arbetsform som man valde i Nätverk Öst framstår det som ganska tydligt att det kan finnas en motsättning mellan normerna för delaktighet och normerna för kunskapsutveckling. Nätverkens grundidé tycks alltför mycket ha utvecklats med hierarkiernas mellanskikt som målgrupp. Iakttagelser i de andra nätverken säger att undersköterskekategorierna i allmänhet haft svårast med översättningen mellan den generella och teoretiserande förändringskunskapen och den egna praktiken i förändringsprojektet och arbetet, och varit de minst aktiva bland deltagarna. Att även de övre skikten av verksamhetschefer och överläkare lätt kan komma att uteslutas eller utebli, var en generell observation i hela Sjukvårdsprogrammet. Man kan se nätverkandet som en angelägenhet för i första hand det mellanskikt som har både kontakt med den praktiska verksamheten och tillräcklig utvecklingsvana för att attraheras av de generella förändringsverktygen. Man kan också se att det kan finnas ”översättningsproblem” mellan dem och andra kategorier: nedåt i hierarkin på grund av barriärer som har att göra med språk och kunskapssyn, initiativ och inflytande, uppåt på grund av svårigheterna att rekrytera nätverksmedlemmar som vill eller kan engagera sig i annorlunda utvecklingsåtgärder.

En tolkning av detta kan vara att nätverket bland mycket annat var en arena för samspel mellan olika kulturer, av vilka sjuksköterskornas ”medarbetarkultur” dominerade. Förändringskunskap som visar fram till nya organisationsmodeller rymmer så mycket bättre med sjuksköterskors (och vårdutvecklarnas) strävanden än med undersköterskors och läkares (Lindgren 1999).

Bilden nedan (figur 2) försöker visa hur nätverkens kunskapsinnehåll och former tycks ge företräde för mellanskikten i de inblandade organisationerna – definierade utifrån de begrepp som finns i den vertikala dimensionens ändpunkter – medan grundtanken har varit att ett brett deltagande skulle garantera en bred förändringsbenägenhet. Att avståndet mellan ideal och verklighet framstår som tydligast just i Nätverk Öst hänger samman med att man där valde en utbildningsliknande arbetsform på bekostnad av ett mer process- och grupporienterat arbets sätt. I det avseendet finner vi en annan situation i nästa nätverkshistoria.



**Figur 2.** Nätverk mellan hierarkiernas mellanskikt.

## Nätverk Kolan

I Nätverk Kolan sammanförde programledningen fyra utvecklingsprojekt. Till skillnad från projekten i nätverken Öst och Väst var de geografiskt glest lokaliserade, i synnerhet om man ser till de praktiska resavstånden. De hade också sinsemellan stora olikheter ifråga om såväl verksamheter som förutsättningar och syften.

Ett av projekten, "Fyrklövern", syftade till integrering av sex olika delenheter inom en specialistenhet i primärvården (vårdcentralen Gripen, Karlstad). Dess projektledare hade stor erfarenhet och betonade medarbetarnas successiva lärande

och samverkan. Projektet inkluderade all personal och resulterade efter hand i en stor mängd mindre och större åtgärder. Engagemanget var stort och projektet hade förvaltningsledningens och politikernas stöd.

Ett annat projekt, internt kallat ”Tango” (rehabenheten, Ljusdal), syftade till att slå samman två enheter inom primärvårdsorganisationen till en, och på sikt utveckla ett regionalt kompetenscentrum inom området rehabilitering. Projektet innefattade all personal och bedrevs med hjälp av ett antal arbetsgrupper för olika utvecklingsområden. Även i det här fallet fanns en engagerad projektledare som drog nytta av sina relevanta kunskaper och erfarenheter, och liksom Fyrklövern var detta ett projekt i vårdpolitisk medvind.

Projektet ”Vårdsam”, med inriktning på att bygga upp vårdkedjor kring stroke- och diabetespatienter (primärvård, slutenvård m m i Fagerstabygden), framskred ganska långsamt och hindrades av samtida omorganisationer och besparingar inom vården. Det bedrevs inom landstinget men hade ambitionen att inkludera kommunala vårdgivare. Projektet tvingades anpassa sig till beslut och regelsystem på landstings- eller nationell nivå, och kunde därför inte fritt pröva nya former. På grund av omorganisationer blev man tvungen att byta projektledare halvvägs in i projektet. Vårdsam hade således inte samma goda förutsättningar som de två föregående projekten, och lyckades inte engagera så många bland läkarna och i andra personalkategorier.

Det fjärde projektet hade ambitionen att bygga upp samverkan mellan kommunen, den sjukhusanslutna hemsjukvården och primärvården i Huddinge kommun. Man försökte arbeta på bred front med medverkan från all berörd personal. Arbetet gick till en början trögt. Projektet fick av olika anledningar byta projektledare två gånger mellan planering och avslutning, och sköt fart först då projektgruppen – inspirerad av både programledningen och nätverksgruppen – ordnade en kraftfull presentation av sitt arbete inför berörda beslutsfattare inom landsting och kommun, och därigenom fick tydligare politiskt stöd. Utfallet av projektet blev till sist tillfredsställande för projektgruppen.

Nätverket bestod således av deltagare från två projekt som försökte integrera arbetsenheter och två som avsåg att utveckla samverkan i vårdkedjor. Två av projekten hade ”professionella” projektledare och verksamhetschefer som medlemmar i projektgruppen, medan de två andra projektens ställning i organisationen kan ses som mer instabil. Stora skillnader rådde mellan de professioner och yrken som var inblandade i de fyra projekten. Man hade alltså betydande olikheter i projektens förutsättningar och syften, liksom i de verksamheter man var ute efter att förändra, och Nätverk Kolan framstår som det mest heterogent sammansatta av de tre som beskrivs här.

I nätverket medverkade en relativt fast kärna av deltagare – tre till fem från varje projekt – och dessutom inbjöds vid varje träff ett antal deltagare från den arbetsplats som stod som värd.



## Gruppen bildas

Den oklarhet om syftet med nätverken som fanns i övriga nätverk gällde även här, men accentuerad med en uttalad ovilja mot ledningsgruppens idé att sätta samman heterogena nätverk. Man hade sett fram emot att få ingå i nätverk där man kunde möta människor från samma slags verksamheter, och hade uppfattat signaler från ledningsgruppen om att så skulle ske. I ett av projekten hade man till och med tagit kontakt med lämpliga nätverkspartners i förväg. Det heterogena och samtidigt geografiskt spridda nätverk som presenterades väckte starka reaktioner och man såg tvånget att samverka med annorlunda projekt som ett rent hot mot den egna utvecklingen, eftersom samverkan med så olikartade motparter skulle kunna ta tid och energi från det egna projektet utan att tillföra något. Motståndet var i mycket ett uttryck för att man var starkt engagerad i den egna utvecklingen. Det handlade också om att man var inriktade på de konkreta målen för de egna projekten och beredd på att utnyttja andras specifika erfarenheter för att nå just dessa.

När man efter några timmars envist motstånd, särskilt från Fyrklöverns sida, ändå bildade nätverket enligt ledningsgruppens anvisningar försökte nätverksgruppen göra det bästa av situationen och kastade sig omedelbart in i en diskussion om hur man skulle kunna bedriva ett fruktbart nätverksarbete – trots olikheterna, eller med hjälp av dem. Inom några timmar uppfann man namnet ”Kolan” – Kontakt Och Lärande Av Nätverk – som ett slags enande protest mot den klumpigare beteckning som programledningen hade givit nätverket. Vid den preliminära redovisning som skulle göras inför alla nätverksdeltagare i Sjukvårdsprogrammet, ett hundratal personer, presenterade därefter medlemmarna sitt nya namn och sin nyfunna sammanhållning genom en lekfull och dramatiserad version av nyckelorden för vad man uppfattade som goda nätverk. I stället för en tvehågsen och brydd samling deltagare fick konferensen se gruppmedlemmar i kolapappersliknande utstyrsel, glatt viftande med textade skyltar: Kreativitet, Gemenskap, Lärande... Merparten av konferensdeltagarna, som hade intagit en mer försiktig hållning till nätverkandet, blev uppenbart överraskade och i flera fall starkt provocerade. Just den effekten hörde därefter till nätverksgruppens käraste gemensamma minnen. (Drygt två år senare, i den avslutande programträffen, skulle samma grupp utmärka sig genom ett musikaliskt framträdande, som man repeterat intensivt under åtskilliga timmar, och därigenom än en gång starkt demonstrera sin gruppidentitet inför de lösare nätverken.) Redan i detta första möte börjar således historien om Nätverk Kolan som en historia om *gruppbildning*.

En av projektledarna i Nätverk Kolan sammanfattar i sina slutreflektioner på följande sätt de principer som gruppen redan från början lade fast för nätverkandet:

- hög delaktighet; alla måste få komma till tals och delta utifrån förmåga, lust och intresse,
- motverka all fasta strukturer som t ex rollfördelning,
- sträva efter att bryta mönster i gruppen,
- experimentera, pröva, stödja,
- använda nätverkets egna resurser på olika sätt och så långt det är möjligt,
- gemensamt ansvar för planering och innehåll,
- det vi gör i nätverket skall gagna projektet på hemmaplan,
- göra nätverket tillgängligt för nya deltagare.

Vad som omtalas i de första sex punkterna är som synes relationer, ansvar och mönster i själva gruppen och utnyttjandet av dess egna resurser. De två sista punkterna anger hur gruppen skulle förhålla sig utåt. Efter hand återkom gruppen då och då, enligt samma redogörelse, till dessa första riktlinjer för att kritiskt granska sitt eget arbete. Man uppfattade dem alltså som verkliga och verkningsfulla regler för nätverksutbytet.

Principerna var betydelsefulla i den gruppformeringsprocess som hade satts igång. De handlar ju på olika sätt om att inte tillåta en fast gruppstruktur eller fasta kriterier för medlemskap. De handlar också om att utnyttja egna resurser, att lita till den kompetens och det kunskapsbehov som fanns i gruppen. Detta kan ses som en viktig markering: man inriktar sig på att göra nätverket till en verklig arena för erfarenhetsutbyte och inte, som fallet kunde bli i andra nätverk, mest en gemensam resurs för kunskapsinhämtande utifrån.

Inom nätverket menade man allmänt att nätverkets arbetssätt borde stämma med arbetssättet i projekten. Åtminstone tre av projekten hade *arbetsgrupper* som verksamt medel för att åstadkomma förändring och skapa gemensam problemsyn. I den mån nätverket levde upp till sina höga principer kan det därför ha verkat som en förebild för projektarbetet på de olika arbetsplatserna. Och eftersom det är en bärande tanke i nätverkandets ideologi att nätverk är antihierarkiska och bryter mot traditionella kulturer och former, kan ett nätverk givetvis allmänt ses som förebild för projekt som vill omskapa äldre enhetsbildningar och organisationsmönster.

I Nätverk Kolan var man således redan från början ute efter att utveckla en sammansvetsad grupp av jämställda deltagare från de olika projekten. Man lade hela tiden vikt vid att lära känna varandra, ha ett informellt klimat och umgås på fritiden under träffarna. Kanske fanns det en risk här att gruppen skulle stelna i sina mönster och arbeta fram en alltför utpräglad vi-känsla. Betoningen på gruppens inre sammanhållning och egna kunskaper skulle kunna leda till själv-tillräcklighet och fokusering på dess egna behov snarare än projektens. Man

bestämde därför att nätverket skulle vara öppet för ytterligare deltagare, och de gruppstruktureringsprocesser som kunde befaras, i form av ledarhierarki, interna koder och fasta roller, försökte man motverka genom att betona öppen kommunikation och jämnt fördelat deltagande.

### **Aktiviteter, processinriktning och struktur**

Efter att nätverksgruppen formerat sig samlades den tolv gånger under programtiden, alltså betydligt oftare än de två nätverk som beskrivits ovan. Varje projekt svarade i tur och ordning för värdskapet, och träffarna varade i allmänhet två dagar, i något fall tre. Kortare träffar var inte motiverade med tanke på de långa restiderna mellan orterna. Innehållet planerades från gång till gång och ansvaret för själva arrangemangen lämnades till värdprojektet. Vid varje träff ingick rapportering från de enskilda projekten samt en ekonomisk rapport som underlag för den fortsatta planeringen. Huvudinnehållet var i de flesta fall något studiebesök eller föredrag, oftast efterföljt av diskussioner i mindre grupper. Till skillnad från exempelvis Nätverk Öst, med dess inriktning på det konkreta och specialiserade, valde man i Kolan övergripande frågor som problembaserat lärande, förändringar och förändringsmotstånd i organisationer, kvinnligt och manligt, kvalitetsmätning och lärande organisation. Avrapporteringar om de egna projekten fick ta plats i början, men upplevdes som mindre givande efter hand. Ändå förekom en hel del "konsultationer" mellan projekten där man delgav varandra råd och erfarenheter.

Nätverk Kolan hade till skillnad från de andra nätverken sitt fokus *på processen* snarare än på det föreställda resultatet. Arbetssättet byggde på att det i gruppen hela tiden utvecklades nya insikter och frågor. Man kunde inte, som i Nätverk Öst, förlita sig på en aktivitetsplan och bestämda kunskapsmål utan var tvungen att ständigt utveckla arbetsformer och innehåll utifrån vad som hände i nätverksgruppen, i projekten och inte minst hos de individuella deltagarna. Nätverket Kolan framstår därför inte som särskilt målinriktat, utan mer som drivet av en vision om att grupparbetsprinciperna i sig skulle ge positiva effekter.

Efter ungefär halva tiden upplevde man ett minskat engagemang: många tyckte sig stå och stampa på samma fläck och saknade inriktning i nätverksutbytet. Motivationen sjönk i gruppen. I efterhand talade man om detta som "nätverkets kris". Man fann att olika deltagare hade olika intressen kunskapsmässigt. Den lösning man valde var att dela upp gruppen av fasta deltagare i mindre grupper som kunde ägna tid under (och mellan) träffarna åt att tillsammans bearbeta sina egna frågor, exempelvis om stress i arbetet, förändringsarbete i andra organisationer eller nyare forskning om lärande organisationer. Grupperna bestod av deltagare från flera projekt, och kallades därför "tvärgrupper". De redovisade sina erfarenheter i hela nätverksgruppen och delgav de övriga resultatet av sina studier muntligt och skriftligt. Tvärgruppsarbetet varade över några nätverks-

träffar, innan det blev tid att åter samla nätverket kring gemensamma frågor som nu bland annat hade att göra med hur projekten skulle utvärderas och avrapporteras.

I enlighet med de principer man hade diskuterat i början var man noga med att fördela uppgifter mellan deltagarna. Förutom att låta värdskapet rotera mellan projekten fördelade man ständigt ansvar för uppläggning, redovisningar, studiebesök och gemensamma aktiviteter mellan värdprojektets gruppmedlemmar. Projektledarna kom ändå att ha en central roll, dels genom sina förkunskaper, dels genom att ha tid för att samverka även mellan träffarna. En av dem gjordes av praktiska skäl till ständig ekonomiansvarig. Vid sidan om dessa framstod även andra deltagare som mer drivande i gruppen, delvis beroende på sin kompetens och ställning i hemmaorganisationen. Deltagarna från projekten Fyrklövern och Tango hade också på grund av sina projekts framgångar större möjlighet att delge andra kunskaper och agera som förebilder. Sammanfattningsvis fanns det en bestämd struktur i nätverksgruppen, även om man gjorde en del för att motverka den.

### **Nätverkets funktioner**

Nätverket skulle inte bara fungera som processinriktad och demokratisk grupp; det skulle också vara till nytta för projekten. Projekten omvittnar också ofta att man kunnat sprida hemmavid det man inhämtat i nätverket. Det gäller i första hand Fyrklövern och Tango, som båda hade avgränsade och inte alltför stora enheter att vända sig till. Där var det relativt enkelt att lämna redogörelser vid arbetsplatsträffar och i arbetsgrupper. En annan form för spridning bestod i att personer från värdprojektet bjöds in att delta i nätverksträffarna och åtminstone hade utbyte av föreläsningar, studiebesök och andra aktiviteter där gruppen tog in ny kunskap. I övrigt finner man här som i de övriga nätverken att "spridningen" av nätverkseffekter i mycket skett genom att stärka deltagarnas självkänsla och förtroendet med förändringsfrågor och med förhållanden i andra organisationer. Och trots betoningen av allas lika deltagande har även här tillhörigheten till världens hierarkier slagit igenom i det individuella utbytet: på högre nivå såg man förändringskunnande och helhetssyn som den främsta vinsten, medan man på lägre nivåer talade om sitt ökade självförtroende och möjligheterna att ta över konkreta verktyg och knep från andra projekt.

De olika projektens karaktär är en annan faktor som lyser igenom om man frågar efter utbytet för olika deltagare. De som arbetat med projektet Fyrklövern såg sig inte ha haft så stort utbyte av nätverket ur projektets synvinkel (men väl individuellt), vilket kan bero på att man redan innan hade goda kunskaper i förändringsarbete och projektmetodik. Fyrklövern fungerade, ofta tillsammans med Tango-projektet, som förebild för de övriga och kom därför att ge mer än de

fick. Dessa två projekt hade kommit väl igång ganska tidigt, medan de två övriga kunde redovisa framgångar först senare under projekttiden.

Deltagarna från hemsjukvårdsprojektet menade i efterhand att nätverksträffarna givit en hel del; man hade fått uppmuntran och stöd i det besvärliga läge detta projekt hade i jämförelse med de övriga, och fått många tips och råd. I nätverket kunde man också, som ovan projektledare eller deltagare, få stöd i att andra är eller har varit i samma situation. Nätverket kan rentav ha varit en förutsättning för att hemsjukvårdsprojektet gått vidare trots personella svårigheter och komplexa uppgifter. Det lyckosamma initiativet att hålla ett seminarium med berörda beslutsfattare, vilket gav en vändpunkt för projektet, var klart inspirerat av diskussionerna i nätverket.

Bland medlemmarna från projekt Tango fanns delade meningar om nätverket. Dels var de positiva till nätverksarbetet, och aktiva och drivande i många frågor, dels hade de också ett givande utbyte med andra inom det egna fackområdet, och ville många gånger hellre prioritera detta. De som hade lägst ställning i yrkeshierarkin såg klart värdet i att nätverket gav personligt stöd och självkänsla, och menade att detta var en direkt fördel även för det egna projektet. Deltagarna från projekt Vårdsam hade också egna nätverkskontakter inom specialistområdet, men efter en viss tveksamhet under den första tiden kom de att sätta värde på den generella förändringskunskap som man hanterade i nätverket.

Det fanns i Nätverk Kolan, liksom i andra nätverk, ibland vissa svårigheter för deltagarna att komma ifrån vardagsarbetet, och man fick väga nätverksträffar mot andra plikter. Men tillfredsställelsen med nätverksträffarna var i allmänhet ganska hög. Vid den utvärderingsdiskussion som fördes vid avslutningsträffen menade man bland annat att man för framtiden anammat nätverk som arbetssätt för att stödja förändringsprojekt.

## Några lärdomar

Det finns stora likheter mellan de tre nätverken i dessa historier. De hade alla initierats på liknande sätt och utstått en första tid av osäkerhet och strukturering. De hade formats utifrån samma överordnade direktiv om sammansättning och mötesfrekvens, och de rekryterades bland projekt och organisationer som alla ägnade sig åt förnyelse genom integration av den specialiserade sjukvården. Inom dessa organisationer fanns dessutom likartade professionella och administrativa hierarkier, och förändringsprojekten hade i mycket samma struktur och arbetssätt. Deltagarna i alla tre nätverken hade också i princip samma svårigheter att finna kanaler och tillfällen för att sprida lärdomar från nätverket in i den egna organisationen.

Nätverken förenades under hela tiden av ett och samma överordnade program och fick därigenom viss gemensam information och likartade direktiv och förväntningar. Till detta kommer, sist men inte minst, att samtliga nätverk var hete-

rogena: de var sammansatta av projekt som sysslade med olikartade verksamheter, hade olika arbetsvillkor och organisatorisk förankring, och tog sig fram med olika hastighet.

Utifrån dessa gemensamma betingelser utvecklades också skillnader. I den första struktureringen av nätverken fokuserade ett av dem på sina arbetsformer och utvecklade en gemensam syn på processerna, medan ett lade betoningen på planering av aktiviteter och framstod som målinriktat när det gällde det sakliga kunskapsutbytet. Det tredje nätverket – Nätverk Väst – intog ett slags mellanställning i det avseendet. Det grupp- och processorienterade nätverket träffades fler gånger och under längre tid än de två övriga, och det lade större vikt vid att ha informell samvaro och aktiviteter som skulle gynna gemenskapen i gruppen. Innehållet i nätverksträffarna hade också en viss variation, från de generella teman som dominerade i nätverken Väst och Kolan till det mer konkreta och arbetsspecifika i Nätverk Öst. I nätverket Kolan lade man större vikt vid att öppna sig gentemot hemmaorganisationerna genom att bjuda in andra deltagare vid träffarna, och några av projekten där hade genom sin projektstruktur större möjlighet än alla andra projekt att föra vidare vad som hänt i nätverkskontakterna. Spridning av kunskaper från nätverk till hemmaprojekt var en svårare fråga i de två andra nätverken.

### **Nätverksarrangemangets paradox**

I ytterligare ett avseende skilde sig de tre nätverken åt: de hade i viss mån olika relation till Sjukvårdsprogrammets ledning. I träffarna med Nätverk Väst förekom vad man uppfattade som ”den otydliga överheten”: nätverket följdes av en representant för ledningen som man förgäves försökte pumpa på information om utvecklingsnätverkens syften, ledningens intentioner och överhuvudtaget information om vad som rörde sig på andra håll i vården och Sjukvårdsprogrammet. Ledningsrepresentanten tycktes vara med för att övervaka och ökade gruppens osäkerhet om nätverkets vikt eftersom det tydligen inte fanns anledning att bidra med information eller synpunkter.

I Nätverk Öst fick man några gånger besök av företrädare för programledningen, och dessa kunde informera om vad som skedde inom andra nätverk och utvecklingsprojekt inom vården, vilket sågs som värdefullt. De tycks ha haft stort inflytande över nätverkets arbetsformer och utnyttjades som auktoriteter när aktivitetsplanen och principerna för arbetet tog form, men inverkade inte på valet av innehåll. Man kan säga att programledningen användes som kunskapskällor i nätverkets aktivitets- och utbildningsinriktade kultur.

I Nätverk Kolan var ledningsrepresentanten en ständig och uppskattad deltagare. Han bidrog då och då med information om vad som hände i andra nätverk och projekt inom Sjukvårdsprogrammet, informerade om förändringsverktyg och metoder och delgav egen sakkunskap i frågor om både generella processer och

konkreta sakförhållanden. Enligt gruppmedlemmarnas uppfattning styrde han däremot inte nämnvärt arbetets innehåll eller diskussionernas resultat. Han tycktes hålla ett skarpare öga på process och innehåll än vad deltagarna oftast var medvetna om, och troligen hade han därigenom ett inte obetydligt inflytande på nätverksgruppens arbete. Genom att agera och ibland inför gruppen formulera ståndpunkter utifrån en medveten filosofi om förnyelsenätverk påverkade han gruppen att undvika fallgropar och ta vara på fruktbara idéer. Om Nätverk Kolan framstår som ett lyckat exempel på förändringsnätverk – vilket det gjorde för deltagarna – kan det till stor del bero på den insats han gjorde som ”coach” för gruppen. Vill man dra slutsatser om utvecklande nätverk med Nätverk Kolan som grund, bör man ta coachfunktionen med i beräkningen.

Men en vägledande och tillrättaläggande funktion som ledningsrepresentanterna hade i två av nätverken omtalas knappast i läran om lärande och förnyande nätverk. Tvärtom framställs nätverken som befriade från relationen mellan ledare och ledda, och deltagarstyrningen är ett honnörsord. Paradoxalt nog fungerade Nätverk Kolan – med sin uttalade idé om öppenhet och jämlikhet, och med en ofta uttalad känsla av att arbeta som ett kollektiv – så framgångsrikt just för att man hade hjälp av en övervakande och tillrättaläggande coach.

Vad dessa noteringar om ledningsmedverkan påminner oss om är att de nätverk som arrangeras för avsedd förnyelse av arbetsliv och organisationer är starkt förknippade med just dessa avsikter, och definieras *som arrangemang*, till skillnad från de spontana och i efterhand rekonstruerade nätverk som nätverksteori vanligen behandlar. Till det här slaget av nätverkande hör alltså en arrangörsroll som byggs upp av förväntningar om att meddela avsikter, lägga situationer till rätta och markera nätverkandets mål, början och slut – kort sagt definiera sammanhanget. Rollen utfördes på olika sätt i de tre nätverken, men var aldrig oväsentlig. (Till detta kommer, i de här fallen, att nätverkens strukturering drevs av den osäkerhet man delade om vad *ledningen* hade för intentioner.) Man kan hävda att kunskapen om hur man driver och utvecklar nätverk hör till nätverkandets kärnkunskaper, och att den kunskapen i grunden måste finnas bland deltagarna i själva nätverket (Gustavsen och Hofmaier 1997). Mot detta står de förväntningar på ledning och samordning som tycks utlösas så snart nätverksdeltagarna uppfattar nätverket som arrangerat av andra. Den motsättningen kräver sin särskilda ledningsstrategi.

### **Tre organiserande principer**

Vissa villkor var givna och gemensamma för alla tre nätverken. Trots detta utvecklades de i olika riktningar, och skillnaderna kan visa på några generella drag i nätverkandet.

Vi kan först notera att Nätverk Öst utvecklades till ett aktivitetsinriktat och planerat nätverksutbyte – nätverket blev till ett slags rationell utbildningsresurs,

en kursgivare för olika specificerade behov som inventerades fram bland deltagarna. Nätverket Kolan representerar motsatsen: en klar betoning på gruppformering, sammanhållning och processer mellan nätverksdeltagarna. Här fick aktiviteterna växa fram efter hand; man satte sin tillit till principer om samverkan och lärande grupper. Vi kan se två organiserande principer i dessa nätverk: *innehållsplaneringen* och *gruppformeringen*. Båda dessa principer tar sig uttryck, fast i mindre renodlad form, i Nätverk Väst. Den organiserande princip som blir som tydligast i detta nätverk, men som fungerar även i de två övriga, är en bestämd *tidsordning*: här finner vi det glimtvis förekommande nätverket som fyller sina funktioner som avstämning och som avbrott just genom att ha en gles tidsstruktur.

Varje nätverk behöver sannolikt på något sätt hantera dessa tre organiserande principer. För det första måste det ha en tidsmässig ordning i relation till de inblandade projektens händelseutveckling och deltagarnas behov av stöd och kunskaper. För det andra måste det sörja för ett samverkansklimat och regler för medlemmarnas relationer. Det praktiska nätverkandets teknik handlar om att få en grupp, som satts samman av personer med olika hemvist, att fungera till gagn för alla. För det tredje måste det fyllas med ett innehåll som svarar mot föreställningar om målet för nätverkandet. Vi kan tala om en tidsstruktur, en relationsstruktur och en aktivitetsstruktur.

I Nätverk Kolan intog relationsstrukturen den främsta platsen, jämfört med de två andra nätverken. Principerna för god gruppsamverkan diskuterades noga och efterlevnaden kontrollerades. Resultatet blev en väl sammanhållen grupp med vika känsla, medvetenhet om sin gruppidentitet och ständig påfyllning av gemensamma minnen och upplevelser. Efter en tid fick man problem med sin aktivitetsstruktur: det uppstod oklarheter om vad man egentligen gjorde och höll på att lära sig, och olika medlemmars skiftande kunskaps- och aktivitetsbehov måste nu hanteras i gruppen. Den fokusering man haft på processen som sådan riskerade att leda till tomhet när det gällde innehållet. Den tidsmässiga strukturen blev tät: man träffades ofta och länge och hade kontakter även mellan träffarna.

I Nätverk Öst var man i första hand aktivitetsinriktad och pragmatisk. Varken den glesa tidsstrukturen eller relationerna inom gruppen sågs som problem; det centrala var ge aktiviteterna förutsägbarhet och struktur i övrigt, och att anknyta dem till i förväg kända kunskapsbehov bland deltagarna.

Nätverk Väst intar en mellanställning vad gäller fokusering på relationer eller aktiviteter. Båda problemen hanterades ”naturligt” när nätverket strukturerades. I detta nätverk kom den tidsmässiga strukturen istället som tydligast till uttryck. Här hade man klarast upplevelsen av att nätverket existerade enbart vid träffarna, och just därigenom fyllde nätverket funktioner i relation till projekten och deras deltagare.



## Utbytet: kunskaper och stöd

En fråga i sammanhanget är givetvis om utbytet av nätverken beror av hur man hanterat tids-, aktivitets- och relationsordningen. Det förefaller som om Nätverk Östs inriktning på aktiviteter lett till ett kunskapsutbyte i första hand i konkreta frågor. Nätverket konstruerades som ett studiecentrum och tycks också ha fungerat som ett sådant. *Faktakunskaper* och förbättrad förmåga eller *färdighet* att hantera praktiska situationer kom ur nätverkets aktiviteter eller ur kontakter som arrangerats via nätverket. Det är alltså på den ”konkreta” nivån som aktivitetsinriktningen fått resultat. Alla tre nätverken kunde rapportera ett utbyte i form av mer ”abstrakt” kunskap, som *förståelse* för sammanhang – exempelvis generella begrepp för förändringsförlopp eller utvecklingstendenserna inom vården. Vad man också generellt utvecklat, mest uttalat i Nätverk Kolan med sitt processfokus och täta tidsstruktur, är en *förtrogenhet* med förändrings- och utvecklingsituationer som i intervjuerna uttrycks i termer av självförtroende och motivation.

Utbytet av nätverken kan dels sökas på den personliga nivån, dels på projektets nivå. I nätverkshistorierna ovan har vi kunnat se att direkt utbyte för projektens del visserligen förekom men att exemplen var få. Generellt låg det största utbytet på den personliga nivån, eller rättare sagt: i rollen som förändringsagent i den egna organisationen. Nätverkens främsta funktion tycktes vara att bekräfta identiteten som ”utvecklare”, till stor del genom att man tillägnade sig kunskaper, i synnerhet *förståelse* och *förtrogenhetskunskap*.

Utifrån våra tre fall kan vi inte avgöra om olika slags strukturering av tid, aktiviteter och relationer leder till stora skillnader i lärandeutbytet. Ändå tycks det värt att pröva tanken att hanteringen av dessa organiserande principer (tillsammans med andra faktorer) ger en specifik *nätverkskultur* som i sin tur lägger grunden för utvecklingen och utbytet.

Med *faktakunskap* menas information om regler, förhållanden och konventioner. Faktakunskapen anger hur något förhåller sig, och refererar till en iakttagbar verklighet. Förväntningar på sådant kunskapsutbyte fanns i alla tre nätverken under starten och låg bakom förhoppningarna om homogent sammansatta nätverk där man skulle kunna ta reda på hur saker konkret gjordes och fungerade på andra håll. Faktakunskaper förefaller mer mätbara än andra kunskapsformer. Särskilt i Nätverk Öst ville man kunna rapportera om ett observerbart kunskapsutbyte. Även i nätverket Kolan rapporteras viss kunskapsöverföring som handlar om konkreta tips och verktyg, och deltagarna mottog tacksamt råd om handgripliga metoder, exempelvis för att mäta förändringar i arbetsklimatet. I alla nätverken förekom hantering av faktakunskaper eller information, i form av till exempel föredrag, studiebesök och projektredovisningar.

*Förståelsekunskap* handlar om att ha begrepp och ramar att sätta in informationen i. Den innebär en språklig vidgning av kunskapen; man kan säga att den bärs upp eller rentav utgörs av ett språk. Man utvecklar en *diskurs* – ett bestämt

sätt att tänka och tala om något. Hela normsystemet för lärande nätverk, och lärande i arbetslivet över huvud taget, har ett tydligt fokus på förståelse i den meningen. Också i praktiken, i synnerhet i nätverken Väst och Kolan, låg tonvikten på förmedling och hantering av begrepp och synsätt. Deltagarna erbjöds i olika former – i Nätverk Väst mest i form av föreläsningar – nya termer och begrepp för förändringsprocesser, lärande och inte minst för nätverkandet i sig. Betoningen på begreppslig förståelse aktualiserar ett *översättningsproblem*: hur förhåller sig den diskursiva kunskap som förs fram i nätverken, och den som aktivt skapas i gruppernas diskussioner, till den praktik man lever i, i projekten och i den vardagliga verksamheten överhuvudtaget? Att begreppskunskapen ges företräde anknyter också till det möte mellan nätverken och vårdens hierarkier, som berördes i samband med fallet Nätverk Öst. Problemet att översätta från diskursen om nätverk och förnyelse i organisationer till förändringens praktik ser sannolikt olika ut beroende på var i hierarkin man befinner sig.

Kunskap som *färdigheter* betonades sällan i nätverken, men framträder i form av hospitering och annat i Nätverk Öst. Den består givetvis i att kunna utföra något i praktiken, och är självfallet i verkligheten förenad med både begreppsmässig förståelse och faktakunskaper, men är ändå den kunskapsform som ligger längst från inriktningen hos de nätverk som studeras här.

*Förtrogenhetskunskap* kan till sist karakteriseras som ”kunskapens tysta dimension” som kommer till uttryck när tidigare kunskaper (av alla de tre nämnda slagen) tillämpas i nya situationer (SOU 1992:94, kap 2). Intervjuerna med nätverksdeltagarna ger många exempel på upplevelsen av att efter nätverksperioden lättare kunna praktiskt hantera situationer som uppstår när människor kollektivt genomgår förändringar på arbetsplatsen. De intervjuade sade ofta att de fått självkänsla och självförtroende och tolkade i många fall detta som ett resultat av det sociala och emotionella utbytet inom nätverket. Ur pedagogens synvinkel kan man se förtrogenheten som en kunskapsform som springer ur införlivandet av information, träning och klargörande begrepp. Utifrån deltagarnas erfarenheter bör man dessutom se den som resultat av det sociala stöd och den emotionella bekräftelse som nätverkandet ger.

De tre nätverken hade, som vi sett, sinsemellan olika kultur med avseende på de olika kunskapsformerna. Nätverk Öst satte fokus på deltagarnas förmåga att förändra i praktiken och höll sig i första hand till det konkreta och faktabetonade. De övriga nätverken, särskilt Kolan, sökte förståelsekunskapen. Philips och Gustafsson (1994) gör på liknade sätt en skillnad mellan ”diskussionsinriktade” och ”sakinriktade” nätverk. I första fallet handlar lärandet om konkreta förhållanden och problem, och i det andra om mer övergripande ämnen och teman. Men i båda fallen arbetar man – att döma av de fall som redovisas – med att utveckla både faktakunskaper och abstrakta begrepp, och skillnaden består mer i om man lutar till egna kunskaper, som de diskussionsinriktade nätverken gjorde, eller väljer att ta in expertis utifrån.

Utifrån våra tre fall kan vi utveckla analysen något. I samband med historien om Nätverk Öst kunde vi beskriva innehållet längs dimensionerna ”teori – praktik” och ”personlig bildning – yrkeskunskap”. Teori-praktik-dimensionen kan efter resonemanget ovan tolkas som distinktionen mellan faktakunskap och begreppslig förståelse, och ”personlig bildning” kan beskrivas som förtrogenhet, medan ”yrkeskunnande” består av färdigheter. Det är i slutändan förtrogenhets-kunskapen som nätverken strävar efter. Den kan uppstå ur och förstärkas av faktakunskap och förståelse, och möjligen också av färdigheter. Det är processen fram dit som deltagarna talar om, när de trots bristen på konkreta exempel på överföring av kunskap från nätverk till projekt kan säga att de har haft praktiskt tillämpligt utbyte av nätverket. Föreläsningar och diskussioner har givit fakta och förståelse och själva formen för erfarenhetsutbytet har givit färdigheter, inte minst för dem som normalt arbetar lågt i hierarkin och nu har tränats i arrangemang för kunskapsutveckling. De intervjuade deltagarna märkte att de fått större förmåga att hantera nya situationer – som det varit gott om i förändringsprojekten – även om det var svårt att beskriva den utvecklingen i exakta ord.

Nätverken innebar emellertid ingen garanti för förtrogenhetskunskapen. Deras former och innehåll var i allmänhet inte tillräckligt tillämpningsinriktade. Utbytet i det här avseendet berodde av deltagarna själva och deras praktiska möjligheter när tillämpningen väl skulle ske. Och dessa möjligheter är, som påpekats, inte jämnt fördelade utan beror av hierarkisk position.

Med denna antydning om kunskapsinnehållets komplexitet i nätverken lämnar vi frågan i det här sammanhanget. Även om utfallet av nätverk för lärande och förnyelse oftast beskrivs i kunskapstermer, bör det igen påpekas att nätverken hade betydande funktioner för deltagarna på det emotionella planet och bekräftade identiteter på ett djupare plan än yrkesskicklighetens. I nätverken talade man om vikten av att finna stöd, kunna andas ut och reflektera över situationen i stort samtidigt som man rent kunskapsmässigt fann bekräftelse på sitt projekts och sina egna problem och ansträngningar. Ser man det ur den synvinkeln framstod nätverksträffarnas kunskapsinnehåll ibland som förevändningar för att träffas kring sådana svårbeskrivna behov. När förändringsprojekt planeras och redovisas i traditionella organisationer tonas självfallet denna sociala och emotionella funktion ner till förmån för mer rationellt tal om kunskaper, men den kan ändå visa sig vara nödvändig för både benägenheten och förmågan att förändra i praktiken.

### **Hypoteser om nätverks funktioner och fallgropar**

Det finns i den än så länge sparsamma diskursen om nätverk för lärande och förnyelse vissa återkommande antaganden om framgångsfaktorer och positiva funk-

tioner hos arrangerade nätverk.<sup>2</sup> De får i allmänhet stöd i våra nätverkshistorier, men redogörelsen ovan pekar också på problem och farhågor i samband med arrangerade nätverk.

För det första finns en *kontrasthypotes* om lärande nätverk. Den säger att nätverk som sätts samman så att de blir heterogena främjar utbytet på ett principiellt plan genom att man lär av olikheterna samtidigt som man undviker att bli hemmablind. Nätverkshistorierna stöder i många stycken ett sådant antagande. Men det verkar befogat att också anta en hypotes om *översättningsproblem*: erfarenheter från andra verksamheter är svåra att översätta till egen verksamhet, vilket leder till antingen att man fastnar i begreppsdiskussioner och språkliga ritualer eller att man övertar verktyg utan att ha förstått deras förutsättningar och grundpoänger. Samtidigt som nätverksdeltagarna har bekräftat värdet av att mötas mellan professioner, verksamheter och beslutsnivåer, har översättningsproblemen varit genomgående i fallbeskrivningarna: mellan nätverkets diskussioner och föreläsarnas budskap å ena sidan och arbets- och förändringsförloppen i projekten å den andra; mellan å ena sidan det ”mellanskiktsperspektiv” som ligger i nätverkandets idé och praktik och å andra sidan den konkreta arbetsproblematiken, och över huvud taget mellan nätverkens förståelsekunskap och vardagens krav på fakta- och förtroghetskunskap.

En annan hypotes, genomgående i både sentida och traditionell nätverksteori, är att nätverken kan fungera som upparbetade kanaler som underlättar *spridning* av nya idéer. Om dessa idéer betraktas som faktakunskap, information och konkreta råd, sprids de enligt våra nätverkshistorier mer sällan i nätverken – om de inte tydligt, som i Nätverk Öst, arrangerats med det syftet. Ett av de nätverk som inriktade sig på mer generell förändringskunskap spred möjligen glimtvis idéer och det är svårt att där tala om upparbetade kanaler. Utifrån fallet Nätverk Väst diskuterades om inte nätverkets effekter bättre kunde förstås som *funktioner* för projekten och deltagarna. Ett tredje antagande som brukar göras om nätverk säger att nätverk främjar utveckling genom att *ge moraliskt och personligt stöd* och upprätthåller deltagarnas motivation när de egna förändringsförsöken går trögt. I nätverkshistorierna finns många vittnesbörd om denna funktion för deltagarna. Ovan diskuterades också nätverkets funktion att kognitivt och emotionellt bekräfta identiteten som ”utvecklare”.

Nätverk kan vara ett sätt att tillföra resurser till de utvecklingsprojekt som deltar. Två hypoteser kan formuleras på det temat. Vår fjärde hypotes handlar sålunda om *samutnyttjande av externa resurser*. Enligt denna blir externa resurser och professionellt förändringsstöd mer tillgängligt genom tillkomsten av nätverk. Den hypotesen stöds av iakttagelserna i samtliga tre nätverk, i synnerhet

---

<sup>2</sup> Hypoteserna om vad som ger framgång bygger bl a på utsagor från ledningsgruppen för Sjukvårdsprogrammet samt Philips och Gustafsson (1994) och i viss mån Gustavsen och Hofmaier (1997).

i Nätverk Kolan, där man fick tillgång till en professionell vägledare utöver föreläsare och gemensamma studiebesök. En femte hypotes säger att nätverkandet ger projektet och aktören större tyngd i hemorganisationen än vad som skulle vara fallet om respektive förändringsagent skulle operera ensam. *Legitimitet* är det värde som enligt hypotesen tillförs projektet eller aktören från nätverket. I synnerhet i Nätverk Kolan användes nätverksdeltagandet som en synlig resurs i det avseendet, bland annat genom att övriga projektdeltagare inbjöds till ett relativt stort antal nätverksträffar och att nätverket ställde sig bakom när ett av projekten satsade på bättre politisk förankring. I den interna rapporteringen från samtliga projekt fanns alltid nätverksdeltagandet med som en viktig del. Det är viktigt att notera att det inte i första hand är nätverkets aktiviteter eller kunskapsutbytet i sig som ger legitimitet, utan snarare den formella tillhörigheten till ett nätverk som stöds och erkänns av centrala organisationer.

Om nu flera hypoteser handlar om vad deltagarna vinner på nätverkandet, så kan man å andra sidan fråga sig vad som samtidigt riskerar att tas ifrån projekten. En *flykthypotes* skulle då säga att medverkan i nätverket kan verka mer lockande än det tröga förändringsarbetet hemmavid och därför riskerar att fånga alltför stor del av deltagarnas engagemang. På motsvarande sätt kan man befara att nätverkandet kan *splittra* resurser, uppmärksamhet och engagemang på ett sätt som hämmar mer än det utvecklar. Inom Sjukvårdsprogrammet tillfördes resurser genom deltagandet, men vissa deltagare hade principiella farhågor för att deltagandet i nätverk kan förstärka stressen, när det läggs ”ovanpå” utvecklingsprojekt, organisationsförändringar och ekonomiska nedskärningar. En central aspekt är deltagarnas möjligheter och förmåga att utforma sina roller som gränsöverbyggare som arbetar och har lojalitet inom två – eller rentav tre – organisationer: hemmaorganisationen, och utvecklingsprojektet där, samt nätverket som sådant.

I kontrast till spridningshypotesen kan man slutligen, inte minst mot bakgrund av Nätverk Kolans utveckling av gruppidentitet och bestämda arbetsprinciper, formulera en hypotes om nätverkets *förstelnings*: de upparbetade kanalerna och bevakningen av att dessa fungerar kan leda till formalisering av nätverket och ge det en exklusiv karaktär – och därigenom skulle nätverken efter hand i sig själva ge ett behov av förnyelse. En faktor som skulle tala för detta kan vara de arrangerade nätverkens behov att framstå som självständiga aktörer, antingen på grund av egna behov eller som ett svar på yttre förväntningar. Nätverken inom Sjukvårdsprogrammet avkrävdes viss rapportering och agerade i övrigt samfällt i olika avseenden. Nätverkshistorierna tycktes också visa att nätverk behöver struktureras med avseende på tid, relationer och aktiviteter. Vad som sammantaget stöder en förstelningshypotes är grupperns allmänna tendens att stabiliseras i bestämda roll- och kommunikationsmönster. Omvärlden – bestående av formella organisationer – tycks också avkräva ett nätverk en viss förutsägbarhet. Styrkan i att bilda nätverk sägs ligga i nätverkens informella karaktär, deras avsaknad av

fasta gränser och fast hierarki, allt i motsats till de organisationer som de verkar för att förnya. Enligt förstelningshypotesen riskerar arrangerade nätverk att formaliseras och därigenom mista dessa goda egenskaper. Processen tar givetvis en viss tid. Kanske är det så att förnyelsenätverk har en optimal livslängd innan de stelnar till traditionella grupper och formella strukturer.

För att summera: de insikter i praktiskt nätverkande som vi får i de tre fallen stöder alltså på många sätt de optimistiska hypoteser som låg till grund för att arrangera nätverken. Men samtidigt kan man se att sättet att strukturera nätverket – som tidsanvändning, som aktiviteter och inte minst som relationer – inte alltid och automatiskt leder till utveckling och förnyelse. Nätverk kan sammanföra resurser, sprida kunskande, ge bekräftelse och mening och förstärka lokala initiativ. Men under vilka villkor det kan ske, utan att resurser samtidigt splittras, budskap förvanskas och formerna stelnar, finns ännu många frågor.

## Referenser

- Gustavsen, B och Hofmaier, B (1997) *Nätverk som utvecklingsstrategi*. Stockholm: SNS
- Lindgren, G (1999) *Klass, kön och kirurgi. Relationer mellan vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber
- Philips, Å och Gustafsson, E (1994) *Nätverk för ökad förändringskompetens – metodhandbok för förnyelsenätverk*. Stockholm: Statens förnyelsefond
- SOU 1992: 94, *Skola för bildning*. Betänkande av läroplanskommittén. Stockholm: Allmänna förlaget

# Kapitel 5

## Arbetsplatsernas arbetsorganisation, arbetssätt och arbetsformer

*Marianne Ekman Philips*

Modern arbetsorganisation har kommit att länkas samman med flexibla produktionssystem, kundfokusering, snabba processflöden och hög kompetens hos anställda för att klara kvalitets- och effektivitetskrav i en ofta hårt utsatt konkurrenssituation. Produktivitetsbegreppen har avlöst varandra, och ständigt manat till ökad horisontell samverkan mellan funktioner. Ett flödestänkande utifrån kundkrav när det gäller produktion av både varor och tjänster har blivit standard i dagens företag och förvaltningar. Gamla tayloristiska principer med central detaljstyrning av anställda passar dåligt in i arbetsorganisationer med krav på utvecklingsarbete som en del av arbetet; något som har kommit att bli ett alltmer framträdande inslag i arbetsorganisationen. Större krav ställs på anställda att inte bara vara skickliga på operativa arbetsuppgifter kopplade till driftsorganisationen, utan i lika hög grad vara skickliga på utvecklingsuppgifter. En arbetsorganisation som inte förmår säkra medarbetarnas aktiva deltagande i verksamhetens utvecklingsfrågor får problem med att nå upp till verksamhetens mål. Är verksamheten dessutom hårt konkurrensutsatt är kanske hela organisationens existens satt på spel. Själva arbetsorganisationen är således den plattform där människor och verksamhet skall samspela för att skapa värde för individen och verksamheten.

Arbetsorganisation är dock ett vitt begrepp som täcker ett flertal områden i en verksamhet. I vårt arbete med sjukvården har vi undersökt arbetets organisering inom tre områden:

1. Det första är organisationen av det direkta arbetet. Här handlar det om arbetets innehåll och dess arbetsprocesser. I en professionellt driven verksamhet som vården utgör organisationsmedlemmarnas yrkeskunnande viktiga hörnstenar i en arbetsorganisation. Frågor om inflytande i och över arbetet, arbetsdelning, möjlighet till lärande och samarbetsrelationer är viktiga.
2. Men arbetsorganisation handlar också om hela organisationen och hur verksamheten styrs. Arbetsorganisation ses då som en produktions- eller förvaltningsorganisation i vilken drifts- och utvecklingsuppgifter struktureras. Kompetensutveckling och lärande i arbetet är beroende av hur dessa områden organiseras som en del av verksamheten. Ledningens roll i verksamhets-

utveckling och dess aktiva medverkan i utvecklingsprojekt är här av stor betydelse.

3. De projekt som har ingått i Sjukvårdsprogrammet har använt sig av nätverk som organisationsform. Arbetsorganisation kommer således genom detta att omfatta miljöer utanför den egna organisationen. Nätverket bildar en kunskapsmiljö och kan, när den fungerar, ha betydelse för utvecklingen hos de organisationer som deltar. Situationen i sjukvården karaktäriseras av att intressenter/aktörer utanför den enskilda organisationen spelar en avgörande roll för verksamhetens utvecklingsmöjligheter. Relationer till samverkanspartners som kommunens tjänstemän, politiska nämnder och lokala politiker m fl länkas in i den lokala arbetsorganisationen och har betydelse för resultatet.

Arbetsorganisatoriskt utvecklingsarbete kan således inte bedrivas och förstås som en avgränsad aktivitet i tid och rum utan måste länkas till ett sammanhang, det vi kallar kontext.

En avgörande faktor vid organisationsförändringar är tidsdimensionen. Pågående utvecklingsprocesser bygger på tidigare utvecklingsaktiviteter, vilka i sin tur tar sin utgångspunkt i andra händelser, osv. Det finns därmed ingen nollpunkt i ett utvecklingsarbete utan processerna är långsiktiga och kumulativa, vilket också gäller för de projekt som medverkat i denna studie. Alla projekt måste därför förstås i ljuset av sin egen historia.

Vi har tidigare i texten (se kapitel 1) talat om behovet av en utvecklingsorganisation för att skydda utvecklingsfrågorna från att försvinna från agendan då den dagliga driftsverksamheten tenderar att uppta hela verksamhetsutrymmet. Men även i den dagliga driften tenderar kraven på att *samordna* organisationens funktioner, arbetsroller och arbetsuppgifter att öka allt mer. Stora krav ställs på samspel och på att samordna aktiviteter och resurser inom enheter, mellan enheter och med aktörer i omvärlden.

I en arbetsorganisation av dagens modell framhålls de anställdas kompetens och utvecklingen av densamma, dvs organisationers förmåga att stödja ett lärande hos anställda, som ett nyckelfaktor för framgång. Organisationer har till uppgift att både utveckla kompetens och att lära av sina erfarenheter, men också att överföra erfarenheter och kunskaper mellan olika delar av verksamheten. Detta har varit ett problem som ofta benämns som ett informationsproblem i organisationer. Personalen har inte fått tillräcklig information. Dock har diskussionen om *kunskapsöverföring* och *spridning* kommit att innebära en fördjupad syn på kunskapsbildning som något mer än ett överförande av information från en person till en annan. Istället gäller: ju mer av vardagssamtalen kring arbetet som förs av de anställda, ju effektivare kan man använda organisationens samlade erfarenheter och kunskaper. Organisatoriskt utvecklingsarbete innebär en ständig inter-



aktion mellan aktörer och strukturer. I denna komplexitet försöker de anställda att utveckla språk och lokala teorier för sitt handlande och för att hantera verkligheten.

## Enkätundersökning

För att få en bild av vilka förändringar som skedde under förändringsarbetets gång studerades projekten med hjälp av enkätundersökningar. Dessa riktades till representanter för de deltagande projektgrupperna. En enkät skickades ut våren 1997. En andra hösten 1998.<sup>1</sup> Tanken var inte att i någon djupare mening söka utvärdera verksamheten. Enkäternas uppgift var främst att ge en översiktlig bild av de förändringar som kommit till stånd. Med hjälp av enkätsvaren ville vi kunna beskriva hur vanliga vissa typer av förändringar var och ge en bakgrund till de beskrivningar som på annat sätt och efter mer detaljerade studier kunde tas fram. Genom att ett flertal representanter för de olika projekten besvarade enkäterna så fick vi sammanhangen belysta på lite olika sätt, genom vars och ens skilda utgångspunkter.

För att göra redovisningen än tydligare kategoriserades ett antal projekt (utifrån ledningsgruppens värderingar) som mer eller mindre lyckosamma. Vi kunde urskilja de vi här kallar de mer avancerade projekten. Dessa kategoriseringar följdes upp i enkätsvaren. På detta vis kunde vi se om statistiken gav stöd för de föreställningar som fanns.<sup>2</sup>

Utmärkande för Sjukvårdsprogrammet och de projekt som där ingick var att man ville utveckla vårdkedjor på arbetsplatserna. Vårdkedja är, som vi diskuterat i kapitel 2, inget enhetligt begrepp utan kan såväl tolkas som användas olika i praktiken beroende på lokala förutsättningar och sammanhang.

I enkäten (1998) ställdes frågor om vad förändringsarbetet främst fokuserat. Frågorna rörde vilket mål som varit huvudmål, vilket som haft en dominerande ställning och vilka mål som varit av mindre eller ringa betydelse. Många av de svar som gavs handlade om bättre kvalitet och effektivare verksamhet. Samarbete

---

<sup>1</sup> Enkätundersökningarna genomfördes av Marianne Ekman Philips och Anders Wikman. Den ena enkätinsamlingen skedde under de inledande faserna av arbetet och den andra när det mesta av arbetet var gjort. I stort sett samtliga projekt deltog med en eller fler besvarade enkäter. Varje enkät gällde den svarande personens egna konkreta erfarenheter från hans eller hennes egen arbetsplats. 1997 besvarades enkäten av 80 personer. 1998 besvarades den av 67 personer. En del personer och projekt föll bort under tidens gång.

<sup>2</sup> Kategoriseringen gjordes av Sjukvårdsprogrammets ledningsgrupp. Utifrån de bedömningar som gjorde utkristalliserades sex ”mest lyckade” projekt. De frågor som ledningsgruppen då tog ställning till var: Hade vårdkedjor etablerats? Hade förändringskompetensen förbättrats? Hade den deltagande organisationen tagit steg på vägen mot en lärande organisation? Hade det skett en arbetsberikning av arbetets innehåll, dvs hade nya arbetsuppgifter med ett mer kvalificerat innehåll vuxit fram?

över yrkes- och organisationsgränser nämndes också ofta liksom breddning av ansvar och kompetens.

Resultaten kan tolkas som att projekten, för att nå de huvudsakliga/dominerande målen att höja kvalitet och/eller effektivitet, ofta försökte nå dessa mål genom att skapa bredare arbetsgrupper med bredare kompetens, ansvar och kontakter.

**Tabell 1.** Angivna mål för förändringsarbetet.

	Varit huvudmålet/ haft dominerande ställning. (Procent)
Att skapa bättre kvalitet (genom att t ex minska antalet fel, missnöjda "kunder" etc)	46 (41)
Att skapa effektivare flöden (genom att fokusera på genomströmning, ledtider, vårdtider etc)	41 (29)
Att införa mer av samarbete över yrkesgränser och mellan personer med skilda hierarkiska positioner på arbetsplatsen	29 (42)
Att göra utbildningsinsatser för att höja personalens kompetens	18 (38)
Att förändra arbetsorganisationen så att man skapar breddat ansvar för den enskilda individen och större delaktighet i planering, för- och efterarbeten	31 (37)
Att organisera sig mer i arbetslag (med "dagliga" inbördes kontakter och gemensamt ansvar)	23 (30)

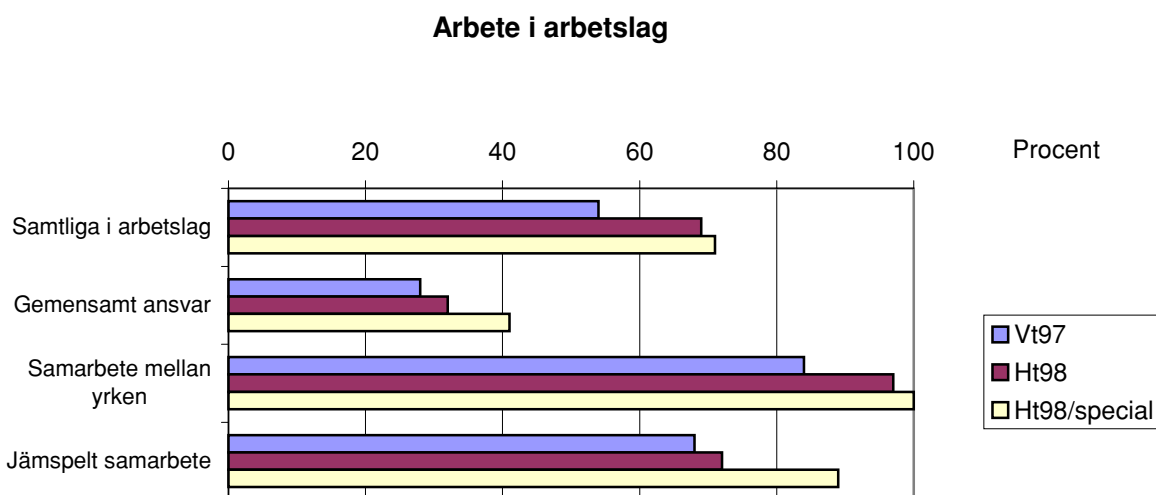
### Arbete i arbetslag

Begreppet vårdkedja definierades under arbetets gång som liktydigt med större processorientering, där patienterna hade en tydlig kontakt med ett och samma arbetslag och där det fanns en större samverkan mellan personal inom laget över etablerade vårdgränser. En sådan samordning av arbetsuppgifter och insatser runt patienterna förutsattes höja vårdens kvalitet. Intrycket var också att stora framsteg gjordes på detta sätt.

I enkäterna ställdes frågor kring huruvida arbetet var organiserat i arbetslag, hur ansvaret var fördelat inom laget, liksom om samarbetet mellan personer med olika yrkesbakgrund och hierarkisk ställning förekommit inom laget. Vi ställde också frågor om samarbetets karaktär, om det var jämspelt i meningen att alla fick komma till tals och bemöttes på ett jämbördigt sätt.

Som framgår av figur 1 ökade antalet verksamheter som var organiserade i arbetslag mellan våren 1997 och hösten 1998. Andelen arbetsuppgifter med gemensamt ansvar ökade likaså, liksom samarbeten över yrkesbarriärer och hierarkiska gränser. Samarbetet beskrevs också som med tiden mer jämspelt. I

figuren redovisas samtliga svar från våren 1997 och från hösten 1998 samt särredovisade uppgifter från 1998 för de verksamheter som på basis av ledningsgruppens uppfattningar bedömdes som särskilt framgångsrika (de ”avancerade projekten”, nedan benämnda ”special”). Alla svar pekar på förändringar i förväntad riktning.



**Figur 1.** Arbete i arbetslag

Vid första enkättilfället 1997 angav ca 55 procent av de svarande att de anställda var organiserade i arbetslag. På hösten 1998 hade denna siffra ökat till ca 70 procent. Än högre siffror kännetecknar svaren från de avancerade projekten.

Det gemensamma ansvaret för planering och uppföljning av arbetet bland de anställda ökade från ca 26 procent till dryga 30. Den uppfattning om delvis måluppfyllelse som vi haft när vi följt projekten får stöd av deltagarnas egna beskrivningar. Den mest markerade situationen fanns hos de avancerade projekten, där 40 procent av personalen angav att planering och uppföljning av arbetet varit ett gemensamt ansvar för arbetslagen. Vår bedömning av vilka projekt som nått längst i måluppfyllelse tycks svara väl mot deltagarnas egna bedömningar.

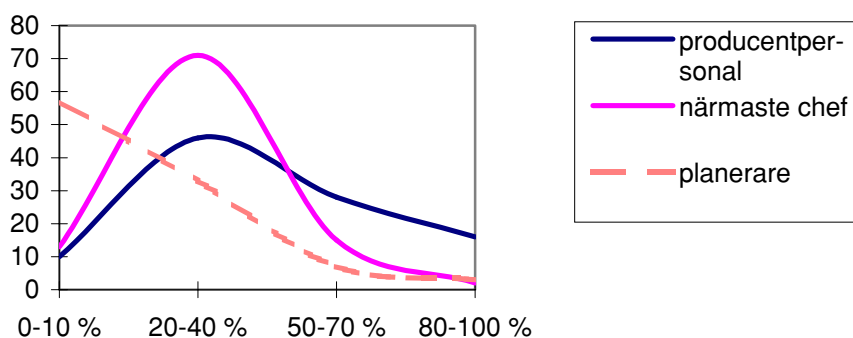
Samarbete mellan yrken tycktes förekomma mer eller mindre ständigt, drygt 80 procent av de tillfrågade angav att så var fallet 1997. 1998 svarade nästan alla att samverkan förekom mer eller mindre ständigt. I de avancerade projekten var det 100 procent som angav att så var fallet.

På frågan om samarbetet var jämspelt angav ca 68 procent 1997 att så var fallet och drygt 70 procent 1998. I de avancerade projekten var det nästan 90 procent av de tillfrågade som angav att arbetet var jämspelt.

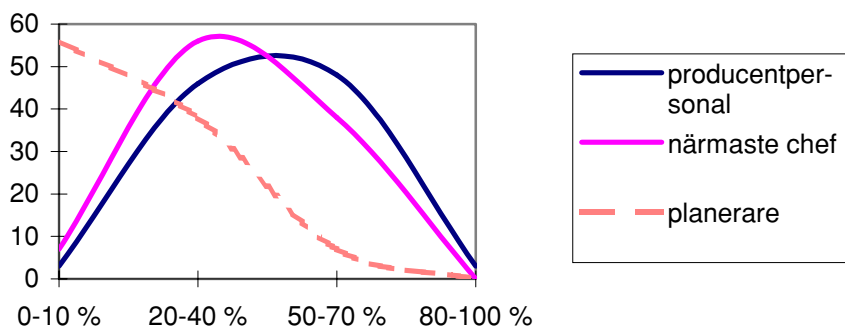
## Utvecklingsarbete

I enkäterna ställdes frågor om vem eller vilka som arbetar med att utveckla de arbetssätt, tjänster och produkter som förekommer på arbetsplatsen. Tiden skulle fördelas på dels "producentpersonalen" (dvs vårdpersonal utan chefsställning), dels den närmaste chefsnivån och dels särskilda planerare (i stabsfunktioner).

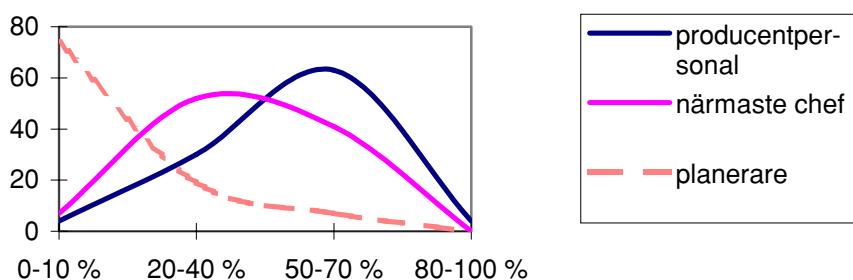
**Med i utveckling av arbetssätt och tjänster. Vt 97.**



**Med i utveckling av arbetssätt och tjänster. Ht 98.**



**Med i utveckling av arbetssätt och tjänster. Ht 98.  
Avancerade projekt.**



**Figur 2.** Med i utveckling av arbetssätt och tjänster. Fördelning av svar.

Vi kunde under programmets gång se en allt tydligare roll för ”producentpersonalen” på bekostnad av de närmaste cheferna och särskilda planerare.

Våren 1997 var det gruppen ”närmaste cheferna” som var de som framförallt stod för utveckling av arbetssätt och tjänster. Jämför vi med hösten 1998 ser vi att det nu är producentpersonalen som lägger ner mest tid på detta arbete. Ser vi till de avancerade projekten, finner vi att den mest markerade rollen spelas av den direkta personalen. Den ”närmaste chefen” finns med, men i något mindre utsträckning, och externa planerare medverkar mycket litet.

Resultaten antyder således en decentralisering av utvecklingsuppgifter till den närmast berörda personalens fördel.

### **Reflexiv arbetsorganisation**

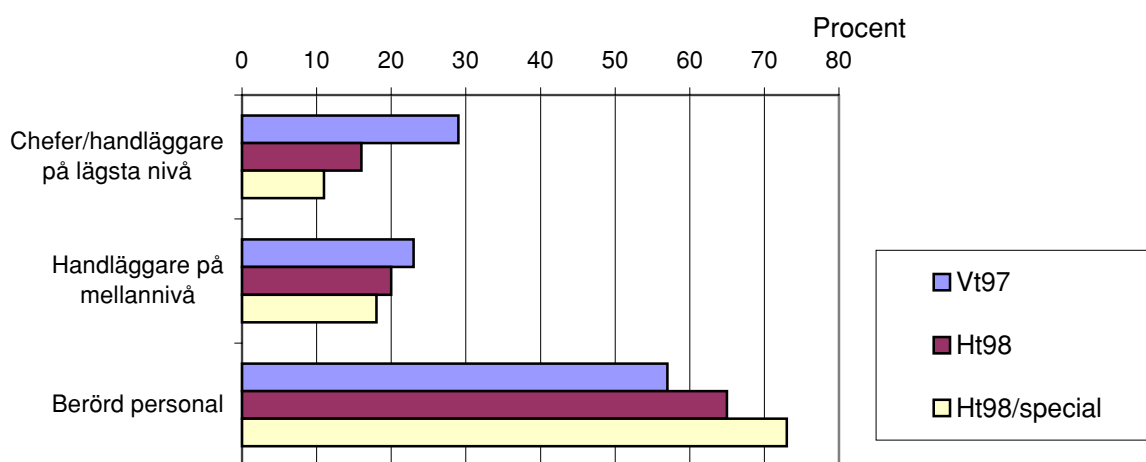
Bred medverkan av anställda i utvecklingsarbetet har visat sig vara en betydande framgångsvariabel för ett bra resultat (se Gustavsen m fl 1996, 2001). Dagens organisationer beskrivs som alltmer kunskapsintensiva och kundorienterade (läs patientorienterade när det gäller vården) i sina arbetsprocesser. Detta ställer stora krav på både organisationen och den enskilde. Anställda måste arbeta i en arbetsorganisation som blir mer reflexiv till sin karaktär, dvs nya och förändrade krav ställs fortlöpande på grund av patienternas eller kundernas allt tydligare anspråk på individuell behandling. Det innebär också att den direkta vårdpersonalen i hög grad måste arbeta med utvecklingsuppgifter som inte kan lämnas över till planerare eller andra experter.

Gemensamt för alla Sjukvårdsprogrammets projekt var att de syftade till en processorientering av arbetet. En grundläggande värdering i Sjukvårdsprogrammet var att organisationen skulle utvecklas inifrån verksamheten och inte utifrån en färdig, redan existerande modell. Egna lokala förutsättningar skulle ligga till grund för den verksamhet som utvecklades. Förhållningssättet kräver ett brett deltagande av alla berörda i verksamheten. Det går inte att lämna över till en handfull experter eller chefer att tala om för flertalet anställda hur de i detalj ska utveckla verksamheten. I utvecklingsprojekt behöver alla personalgrupper, inklusive ledning och fack, vara aktivt engagerade i utvecklingsarbetet.

Arbetet i en reflexiv arbetsorganisation måste i hög utsträckning handla om att förvärva handlingskompetens – något som är en reflexiv färdighet. Organisationens medlemmar hamnar ständigt i situationer som de inte har regler eller rutiner för och behöver därför utveckla förmågan till reflexion över den egna praktiken.

Personalen i en reflexiv arbetsorganisation är som deltagare personligt berörda, aktivt involverade och både fysiskt och mentalt närvarande. Att ställa sig själv utanför och tala om utvecklingsarbetet som om man själv inte vore en del av det leder till energiförluster i utvecklingsprocesserna. Arbetet inom de enskilda projekten tycktes också i många fall utvecklas enligt förväntningarna.

Ett tecken på att man kom att ta allt mer aktiv medverkan i utvecklingsarbetet kan vara att personalen tycktes ta mer egna initiativ i arbetet. I enkäten ställde vi frågor som handlade om vilka grupper som bidragit med avgörande initiativ i förändringsarbetet. De som svarade fick bland annat skilja mellan handläggare på mellannivå, chefer/handläggare på lägsta nivå och närmast berörd personal.

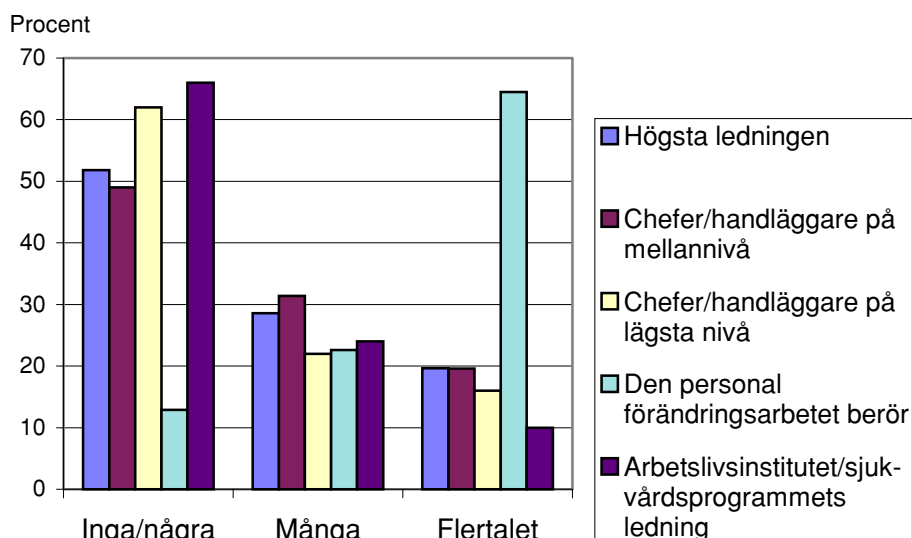


**Figur 3.** Grupp som tagit flertalet initiativ i förändringsarbetet.

Svaren ger en bild av att det framförallt var den närmast berörda personalen som kommit att ta flertalet initiativ, ca 57 procent av de svarande angav detta år 1997 mot 65 procent år 1998. I de avancerade projekten var det närmare 75 procent av de svarande som angav att den direkt berörda personalen tagit flertalet initiativ i förändringsarbetet och ca 10 procent pekade ut cheferna på lägsta nivån. Chefer och handläggare på lägsta och mellannivån i verksamheterna var av allt att döma grupper som tog allt färre initiativ jämfört med berörd personal.

En mer detaljerad redovisning av svaren för år 1998 ges i figur 4. Det framgår där att ca 20 procent av de svarande angav att högsta ledningen bidragit med flertalet initiativ. Det skall alltså jämföras med de 65 procent som pekade ut den berörda personalen som initiativtagare i sina svar. I 52 procent av svaren anges att högsta ledningen tagit inga eller några få initiativ.

Det kan i själva verket vara en varningsklocka att så pass många av de tillfrågade ansåg att högsta ledningen knappast alls bidragit med avgörande initiativ. För att lyckas med omfattande verksamhetsprojekt och för att bygga nya samarbetsstrukturer mellan verksamheter är chefers aktiva medverkan ofta en förutsättning för att driva projekten med hög måluppfyllelse (se t ex Gustavsen m fl 1996).



**Figur 4.** Vilka har bidragit med avgörande initiativ i förändringsarbetet. Hösten 1998.

Sammanfattningsvis tycks materialet visa på att det sker väsentliga förändringar i arbetsorganisationen när arbetsplatser strävar efter att organisera sig i enlighet med ett vårdkedjetänkande. För att det slaget av tänkande skall kunna komma till stånd behövs en ökad horisontell organisering, dvs grupporganisering, gemensamt ansvar för planering och uppföljning, en ökad aktivering av anställda i utveckling av arbetssätt och tjänster och en större förmåga till ett jämställt samarbete. Just den typen av förändringar tycks vi alltså kunna iaktta.

I många beslut som togs inom de olika arbetsgrupperna strävade man efter att komma fram till gemensamma ställningstaganden. Kanske har man dock inte varit lyckosam i alla avseenden. Av andra svar i undersökningen att döma framgår att kvinnor medverkat i mycket högre utsträckning än män. Vårdarbetet är visserligen till största delen kvinnodominerat men ändå är männens låga deltagande anmärkningsvärt. Ett generellt problem i flera av sjukvårdsprogrammets projekt tycks också ha varit att aktivera läkarna tillräckligt mycket. Det är framförallt i läkargruppen som männen återfinns.

## Referenser

- Gustaven, B, Hofmaier, B, Ekman Philips, M och Wikman, A (1996) *Concept-driven Development and the Organisation of the Process of Change*. Amsterdam: John Benjamins
- Gustavsen, B, Finne, H och Oscarsson, B (2001) *Creating Connectedness. The Role of Social Research in Innovation Policy*. Amsterdam: John Benjamins





# 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. Ögonklinikerna 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 processorienteringen 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

## Författarpresentationer

*Marianne Ekman Philips* är forskare vid Arbetslivsinstitutet och fil dr i organisationspsykologi. Hennes huvudsakliga forskningsintresse är inriktat mot organisationsutveckling och förändringsdynamik i arbetslivet. Hon har genomfört ett flertal nationella aktionsforskningsprogram kring arbetsplatsutveckling i Sverige och Norge.

*Kajsa Lindberg* är ek lic i företagsekonomi och doktorand vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet och verksam som organisationsforskare vid Gothenburg Research Institute (GRI). Hennes forskning är i huvudsak inriktad mot samverkan över organisatoriska gränser och förändringsprocesser.

*Lars-Åke Lindberg* är docent i tillämpad psykologi och verksam vid Umeå universitet. Vid tiden för det aktuella projektet var Lindberg knuten till Luleå tekniska universitet. I samarbete med praktiker inom primärvård och äldreomsorg har Lars-Åke Lindberg och hans forskargrupp utarbetat en generell metod för verksamhetsutveckling där vårdpersonalen själv konstruerar verktyg för lärande och förändring av arbetet.

*Björn Trägårdh* är fil dr och universitetslektor i företagsekonomi vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet samt verksam som organisationsforskare vid Gothenburg Research Institute (GRI). Den forskning Trägårdh bedriver är främst inriktad på samverkan över organisatoriska och professionella gränser. Han har bland annat studerat chefsamverkan inom industriell produktutveckling och samverkan kring regional utveckling.

*Jan-Olof Åberg* är sociolog och universitetslektor vid Karlstads universitet. Han har tidigare bland annat studerat utvärderingar av nya organisationsformer i landstingen och vad arbetslivsfondernas insatser betydde för arbetsorganisationen i företagen. För närvarande forskar han i hur privatiseringen av välfärdstjänster ser ut i de anställdas perspektiv.