

Stina Johansson



Gunnar Vold Hansen (2007):

Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt helsearbeid.

**Doktorsavhandling,
Arbetsvetenskap, Karlstads universitet**

I Norge infördes 2001 individuella planer inom hälsosektorn. För de som har behov för långvarig hjälp skulle individuella planer med brukarmedverkan, individuell anpassning, samordning och helhetsperspektiv, upprättas. Gunnar Vold Hansen beskriver i sin avhandling "Samarbeid uten fellesskap" hur genomförandet av reformen initialt gick till inom psykiatrin.

Avhandlingen består av 8 kapitel: två inledande, varav det första beskriver utvecklingen inom psykiatrin och det andra introducerar intentionen med de individuella planerna. Därefter följer ett kapitel där de teoretiska perspektiven dras upp, följt av ett kapitel om metod och design. I ett första resultatkapitel beskrivs planläggningen av det professionella projektet med de individuella planerna. Därefter behandlas i två kapitel brukarmedverkan och individuell anpassning, helhetsperspektiv och tvärprofessionellt samarbete. I det åttonde och slutsummerande kapitlet gör Hansen ett självständigt försök att förklara vilka underliggande strukturer som kan förklara varför utfallet avviker från intentionerna.

Avhandlingen grundas dels på professionsteori, dels på organisationsteori. Såväl byråkratier som professioner strävar mot ett hierarkiserande arbetssätt och en roll som ligger i fokus i denna avhandling är *koordinatorm*, med övergripande ansvar för förberedelser och uppföljning i de *ansvarsgrupper* som bildades för att arbeta med de individuella planerna. Möten i ansvarsgrupperna definierades som centrala.

Datansamlingen pågick under ett år och var från början induktiv. Allteftersom arbetet pågick blev arbetet mer deduktivt och pragmatiskt i betydelsen att befintlig teori eller kunskap varvades med öppenhet för det oväntade, en s.k. "intensiv design". Tillämpas den byråkratiska standardmodellen (den vanligaste) eller förändringsmodellen med täta möten där ribban läggs på en högre nivå?

Koordinatorerna, liksom flera av de inblandade i ansvarsgrupperna intervjuades vid två tillfällen. Hansen deltog också som observatör i möten, något som han betraktar som mycket viktigt för förståelsen av vad som pågick i grupperna. Intervjuer med brukarna ingick också i den ursprungliga planen, men den planen lades på is av etiska skäl.

I valet av koordinatörer att intervjua var tidsfaktorn viktig. Det skulle gå snabbt. Designen utvecklades efter hand. Från början inleddes datainsamling i två kommuner med traditionell organisering. Under resans gång kontaktades ytterligare två kommuner och dessa var organiserade enligt beställar-utförarmodell. Den datainsamling som genomfördes där fick dock ett lite annat upplägg. Frågeformuläret förändrades också efter hand. Något oklart är hur resultatet påverkats av att andra följdfrågor kanske ställts, eller att observationerna kanske gjorts mera fokuserat i slutet jämfört med i början av datainsamlingen. Den intensiva designen ger upphov till funderingar av detta slag.

Materialet från de traditionellt organiserade kommunerna består av 9 intervjuer kring ärenden där 7 brukare varit inblandade, samt observation av 15 möten, från kommuner med beställar-utförarorganisering av 13 intervjuer inkluderande 22 personer då några var gruppintervjuer. Ett omfattande material. De yrkesgrupper som det handlade om var läkare, sjukvårdspersonal samt personal från socialkontoret.

De 7 brukarna kan indelas i tre grupper: de ”nya”, de ”stabila” och de ”i utveckling”. De ”nya” var just i fas med att etablera ett nätverk av kontakter och allokera resurser från hälso- och sjukvård och specialistsjukvården samt, om än lite mer trevande, med socialförvaltningen.

De som hamnade i gruppen ”stabila” var personer som varit länge i systemet och som tycks ha passiviserats. De överlät mycket av beslutsfattandet till tjänstemännen. De som var ”i utveckling” var i färd med att ändra sin livssituation. Det är de mottagare som befinner sig ”i utveckling” som bäst passade projektet med individuella planer. De var ofta på väg in i arbete. Nätverket runt omkring dem var omfattande.

När det gäller hur arbetet med de individuella planerna planlades lutar sig Hansen mot Andrew Abbotts tre faser för hur man diagnostiserar, analyserar och så småningom kommer fram till en behandling, och som finns presenterade i boken ”The System of Professions” från 1988. I den första fasen, då diagnos ställs, är expertens uppgift att i ord göra situationen begriplig. I psykiatriska sammanhang kanske brukaren saknar sjukdomsinsikt och det goda samarbetet med klienten eller patienten kan vara svårt att uppnå. Det är särskilt den andra fasen som är intressant, den som Hansen kallar analysfasen. För att kunna vidta lämpliga åtgärder gör den erfarna professionelle en analys utifrån sin *teoretiska kunskap* för att komma fram till den bästa behandlingen. Ett problem som möjligen gör

Abbott lite svårhanterlig här är att en profession i Abbotts teori tillhör en enskild profession, men i en ansvarsgrupp ska flera professioner handla tillsammans. Detta kunde ha problematiserats mera explicit eftersom empirin tydligt ropar efter en sammanhängande förklaring.

Läkaren, specialisthälsoarbetarna och psykologen hade alla stora möjligheter att utforma tjänsteinnehåll och utbud, men det verkade inte som om den individuella planen påverkade deras prioriteringar. Yrkesgrupper som hjemmesykeplejer och hemmehjelp kontaktades för att utföra uppgifter i enlighet med den struktur som de arbetade i. Här stöter Hansen på något som han inte räknat med, men som Abbotts teori hade kunnat förklara, att enskilda professioner värnar om sin egen auktoritet och att de kämpar om tolkningsföreträdet. Man kan fråga sig varför Hansen inte tog fasta på Abbotts teorier om jurisdiktion från ovan nämnda bok, som skulle ha kunnat belysa mera om maktens olika dimensioner.

Hansen bestämmer sig för att använda brukarmedverkan i betydelsen att ha inflytande över beslutsprocessen. Att ta utgångspunkt i brukarnas egna mål för deltagande är en hög grad av medverkan givet de personer som studien ytterst handlar om. Individuellt anpassade insatser hör ihop med en rehabiliteringsideologi och är motsatsen till standardiserade insatser. Här bildar Abbotts tre faser underlag för dataanalysen. Hansen konstaterar att inget samarbete sker mellan yrkesgrupperna i den mellersta fasen, analysfasen, d v s den fas som innehåller den professionelles självständiga teoretisering och analys av vad som bör göras.

Utgår professionella från vad de har att erbjuda eller utifrån vad de föredrar att arbeta med? Ingetdera! I ansvarsgrupperna gick man direkt på utbildningsplaner och behandlingsplaner. Är planen realistisk, frågade man sig. Det var ofta tjänstemännens förslag som också blev beslut. Ingenting tyder på att standardiserade tjänster, något som i Abbotts modell skulle ha begränsat de professionellas handlingsutrymme, låg i vägen för individualisering. Hansen fann att de främsta begränsningarna var tid och ekonomi. Dåliga rutiner och begränsade resurser satte gränser för vad som kunde individualiseras.

Intressant nog görs i praktiken ingen åtskillnad mellan analys- och behandlingsfas. Detta är ett fynd som kommer bort i avhandlingen. Vad krävs i form av kunskap för att kunna göra en självständig analys? Kan den uteblivna måluppfyllelsen helt enkelt förklaras av att de inblandades kunskapsbas endast kunde relateras till ett antal insatser? Läkarnas och psykologernas kunskap tas ju faktiskt på ett större allvar.

I arbetsfördelningen visar sig en hierarki. Flera yrken som finns i dessa sammanhang har en underordnad ställning t ex i förhållande till läkarprofessionen. Kommunens personal får uppdrag från hälso- och sjukvården. I kommu-

nerna föredrar man att arbeta med nätverk medan sjukvården tänker i vårdkedjor. Kanske har det skett ett närmande till förmån för den mer personinriktade nätverksmodellen genom att allt mer av vården sker i hemmen. Det finns ansats till en tredje förändringsinriktad modell som bygger på en stark kontakt mellan mottagaren och koordinatören för att finna ett vårdutbud som passar. Kanske var Hansen för tidigt ute för att fånga en möjlig utveckling som skulle kunna stävja att olika professioner ger sig in i närkamp med varandra om självständigt utrymme och tolkningsföreträde i analysfasen? Här är det dock svårt att skilja på vad som ligger i tiden och vad som är effekter av reformen. Hansen glömmer att ställa frågan vad det betyder att brukarna har låg status i samhället.

Olika professioner har också olika intressen på arbetsmarknaden. Dessa kan, som Abbott gör, kopplas till begreppet jurisdiktion. Till jurisdiktionen kan man knyta diskussioner om professionens ansvar för en viss fråga men också professionens autonomi att bestämma över ett visst område. Det har betydelse om de som ska arbeta mot ett gemensamt mål hade olika möjligheter att legitimera brukarmedverkan i sitt tjänsteutbud. Standardiserade eller regelstyrda tjänster tillåter inte alltid brukarmedverkan. Flera medverkande i planen hade bristande beslutskompetens i meningen att deras beslut i ansvarsgruppen kunde bli överprövat. Det var alltså inte så lätt att definiera var ansvaret för beslut skulle ligga.

I det sista kapitlet blir Hansen kritisk realist och finner några förklaringar till att resultatet blev som det blev. En förklaring är att de individuella planerna bygger på en rehabiliteringsideologi, men det fanns tecken på en konkurrerande ideologi, någon slags behandlings- eller reparationsideologi. Den första förklaringen till att det inte fungerade var att medlemmarna i processen inte var överens ideologiskt.

Dessa två ideologier hade också konsekvenser för planläggningen och det var uppenbart att medlemmarna i ansvarsgruppen hade olika mandat på denna punkt. Den andra förklaringen var alltså att planläggningen inte underordnats en helhetssyn så att processen styrde och samordnade de olika insatserna. Den tredje förklaringen låg i själva organiseringen av hela hälso- och socialsektorn. Skraddarsydd lösningar skulle kunna utmana systemet. En fjärde förklaring kan vara beslutsprocessen. Man hade inte klara riktlinjer för hur man kan fatta beslut vid oenighet. Även om det inte blev som tänkt ser Hansen ändå några steg i rätt riktning.

Frågan om studien är en utvärdering diskuteras och läsaren blir kanske inte helt klar över Hansens ståndpunkt. Han både förkastar tanken om utvärdering samtidigt som han gjort en utvärdering mot målen, visserligen med tillägget att också oavsiktliga konsekvenser ska analyseras. Det senare har han lyckats med. Självt har jag brottats med en fråga under hela läsningen, nämligen varför inte nyinstitutionell teori som nämns som grund för arbetet använts i designen.

En fråga som hör samman med detta är varför delar av Abbotts professionsteori valts men inte andra som kan tyckas minst lika relevanta. Svaret på mina frågor ligger säkert i vad vi har lärt oss att uppfatta som forskningsfrågor. Hansen som statsvetare letar efter formella strukturer, jag som sociolog tror mig veta att informella strukturer är nog så viktiga i processen mot måluppfyllelse. Hansen upptäcker efter hand dessa strukturer men har under hela arbetet i mitt tycke en naiv tilltro till att det går att uppnå måluppfyllelse genom att besluta om en sådan. Abbotts teori, med utgångspunkt i arbetsuppgifterna och processerna på arbetsplatsen, hade som jag ser det kunnat tas till vara mera i stället för att enbart användas för att studera den formella beslutsprocessen.

Hansen ser det som negativt att han inte har yrkesmässig erfarenhet från fältet. Jag är inte säker på det. Jag har, allteftersom jag satt mig in i materialet, kommit fram till att jag uppskattar den naivitet som kommer sig av att man står främmande för fältet. Det hade däremot varit intressant att få reda på lite mera om hans förförståelse och hur han personligen tacklat denna i de olika stegen av undersökningen. En konsekvens av förförståelsen var, som jag förstår det, att han valde bort att intervjua brukarna. Jag känner mig inte övertygad om att det var det etiskt bästa valet. Brukare som förväntas ta ett arbete eller gå in i en utbildning är säkert kapabla att också ge sin syn på sitt eget deltagande i ett projekt som detta. Det finns spännande erfarenheter av intervjuer med liknande grupper.

Professor Stina Johansson

**Institutionen för socialt arbete
Umeå universitet
Fakultetsopponent**