

Mälardalen University Licentiate Thesis

No. 64

BOTVIDS VÄG TILL RÄTT VÅRD

Planering av ett interorganisatoriskt vårdkedjeprojekt

Mona Andersson

2006



MÄLARDALEN UNIVERSITY

Mälardalen University

School of Business

Copyright © Mona Andersson, 2006

ISSN: 1651-9256

ISBN number: 91-85485-15-2

Printed by Arkitektkopia, Västerås, Sweden

Distribution: Mälardalen University Press

Till
Ingrid och Gunnar

SAMMANFATTNING

Denna studie redogör för hur ett vårdkedjeprojekt för äldre patienter i slutenvård-, primärvård- och kommunal vård och omsorg har planerats och genomförts. Ett generellt problem i patientens vårdprocess anses vara att det inte finns någon, som är ansvarig för hela processen det vill säga patientens hela behandlingskedja genom vården. Snarare är det så att varje vårdgivare fokuserar på sin egen del i processen, vilket leder till låg produktivitet och kvalitet i form av till exempel bristande kommunikation mellan enheterna. Dålig samordning leder i sin tur till krav på kontroll, väntan, dubbelarbete och annat icke-värdeskapande arbete. Syftet med vårdkedjeprojektet var därför att skapa en arbetsorganisation, som stödjer en processinriktad sjukvård i samverkan mellan nämnda vårdgivare. Ett processynsätt förutsätter att berörd vårdpersonal förskjuter sitt intresse från att optimera den egna verksamheten till att utgå från ett helhetsperspektiv på patientens vårdprocess. Denna process spänner över flera verksamhetsgränser, där ett stort antal yrkeskategorier och specialiteter finns och som förväntas samordna sina insatser. Att genomföra organisationsförändringar i sjukvården har dock visat sig svårt. De finns en generell kritik mot tidigare centralt initierade och styrda reformer, för att de är dåligt anpassade till lokala förutsättningar. Om förändringsprocesser i vården skall få avsedd effekt är det viktigt att de står i samklang med de mål och värderingar, som styr de professionella grupperna i deras dagliga handlande. Vårdpersonal bör därför, enligt flera offentliga utredningar, engageras och ges inflytande initialt i planeringen av en organisatorisk förändringsprocess. Syftet med studien är att utveckla kunskap om hur ett initialt förändringsarbete har bedrivits för att främja en gränslös vårdkedja.

Studien bygger på litteratur från vårdkedje- och förändringsstrategiområdet. I vårdkedjelitteratur framhålls att samverkan är viktig och önskvärd men också problematisk. Utvecklingen hittills av vårdkedjor, såväl nationellt som internationellt, pekar på små framgångar. Fortfarande dominerar de professionellas handlings- och tankemönster snarare än patienternas och samhällets. Inom litteratur rörande förändringsstrategier dominerar handböcker av normativ karaktär, där fokus är på hur en projektledning skall planera, styra och utvärdera ett projekt. Kritik har riktats mot denna rationella planeringsstrategi för att bland annat vara för ”topp-styrd” och med lite inflytande för berörda medarbetare. Som alternativ har en aktiveringsstrategi växt fram där brett engagemang och inflytande för

operativ personal, ses som centralt. För att hantera komplexa problem, som är sammanbundna lyfts nätverksstrategin fram, som en strategi för långsiktig utveckling.

En kvalitativ fallstudie genomfördes, av planeringsfasen, av ett vårdkedjeprojekt inom ett landsting. Insamling av data har i huvudsak skett genom deltagande observationer och intervjuer men även interna dokument har använts. Projektet följdes under ca ett år.

Studiens resultat visar att det i den inledande planeringsprocessen fanns en tydlig attityd hos projektdeltagarna att ”om bara andra ändrar sig kommer problemen att lösa sig”. Denna attityd förändrades efterhand som projektet utvecklade sig. Under ca tio månader skedde ett kontinuerligt idé- och erfarenhetsutbyte i möten och konferenser mellan ett 50-tal vårdpersonal, som ingick projektet. Genom diskussioner där kommunikation, operativa frågor och pragmatiska koncept var i fokus, kunde personalen, i konsensus, komma fram till projektets slutprodukt, en handlingsplan med prioriterade åtgärder.

Den förändringsstrategi som dominerade i projektet var aktiveringsstrategin. Projektet initierades och drevs av en läkare och byggde på bred aktivering och stort inflytande för berörd vårdpersonal för att skapa lokala lösningar på de anpassningar, som behövdes. Genom det sociala samspel som utvecklades i projektet möjliggjordes det mentala perspektivskifte, som eftersträvades i planeringsprocessen – att varje enhet skulle se sig som en del i ett större sjukvårdssystem. I projektet användes även två andra kompletterande strategier: en planerings- och en nätverkstrategi. Planeringsstrategin användes för att signalera att projektet knöt an till sedvanlig praxis och aktuell förändringsmetodik medan nätverksstrategin användes för att bygga nätverk som skulle möjliggöra en långsiktig utveckling av samarbetsrelationerna mellan vårdgivarna.

Sätter vi studiens resultat i relation till forskning om vårdkedjor representerar projektet idealtypen ”dialogorienterade interorganisatoriska projekt”. I sådana projekt är utveckling av de sociala relationerna centralt för att möjliggöra samspel på det operativa planet och lösa ett etablerat organiseringsproblem. Studien visar också att det fanns en diskrepans mellan de problem patienterna lyfte fram och de problem och lösningar som kom att prioriteras i projektets handlingsplan. De prioriterade åtgärderna speglade snarare vårdpersonalens normer och värderingar än patientens och samhällets. Professionella grupper, främst läkare, har fortfarande stor makt att blockera de krav och förväntningar, som finns från samhällets och patienternas sida, på att åstadkomma en ökad transformation mot en patientorienterad organisation.

ENGLISH ABSTRACT

Title: The patient Botvid's way to right care. The planning process of an inter-organizational care pathway (ICL) project.

This study presents how a project for an integrated care pathway (ICL) for elderly people is planned and carried through. A general problem in the patient's care- and rehabilitation process, which involves different health care providers, is that there is no one single staff that is responsible for the whole process. All too often the parties concerned are focused on their own activities and need of information. This lack of co-ordination and fragmentation between health care providers lead to demand for check-ups, unproductive waiting time, duplication of work and other non-valuable activities. Introduction of ICL's is one solution to this co-ordination problem. The aim of the studied project in this thesis was to create a work organization to support process-oriented health care in co-ordination with the following health care providers: primary care, hospital treatment, and municipality care. A process view calls for a change in perspective in the minds of the staff i.e. they need to change focus from optimization of their own activities to focus on the whole inter-organizational care- and rehabilitation process for the patient. The integration of ICL's cuts across several institutional and administrative borders and requires several professional categories and specialities to adjust their work activities.

Studies show that it is especially difficult to carry through organizational changes in the health sector. Several centralized and directed organizational reforms have been done during the 1990s in the name of New Public Management. The reforms have been criticized for not considering local conditions in the organizations. The reforms aimed to improve management control, organization, and efficiency. Even studies regarding ICL's show that there have been rather small improvements in the co-ordination. If an organizational change process is to affect the daily activities in the local organization, it is necessary that the change is in accordance with the goals and values that lead the professional groups in their daily work. Several official reports therefore put forward that the professional groups need to be engaged and participate early in an organizational change process.

The purpose of this thesis is to contribute to research about ICL's by developing knowledge about *how* an initial change process has been planned and carried through and promote development of a seamless and coordinated care pathway. The study builds on literature on ICL's and change strategy. The ICL literature reports that co-operation is important but

problematic. ICL's imply opportunities for more efficient resource utilization. However, ICL's can also be a challenge for staff since they require mutual adoption and discussion over professional borders. Literature regarding change strategies consists mainly of handbooks that describe how to plan, manage, and evaluate a project. The most common strategy is the traditional top-down planning strategy, which has been criticized for letting the staff into the change process first when the instructions shall be adopted in the unit. An alternative change strategy has been put forward which emphasizes broad participation of the personnel. To learn from own and others' experiences is also important in the strategy, when meeting the changing conditions. Participation is understood to be very important in projects where the intentions are to change relations and norms in or between units. The use of network strategy for long-term development, in order to handle complex problems which are interconnected, is also emphasized in the literature.

In this thesis a qualitative case study of the planning phase of an ICL project, within a county council, has been done. The collection of data has been done by participative observation and interviews as well as studying internal documents. The project has been followed of a period of almost a year. The study involved approximately fifty participants.

The result of the study shows that, at an early stage of the planning process, the participants showed an attitude of "if only others change the problem will be solved". There was a clear "we-and-them-spirit" which changed step-by-step during the development of the process. Different meetings and conferences were held during a period of ten months. An action plan was presented by using open discussions, where communication, operative problems and pragmatic concept were important. Presented actions reflected norms and values of the staff more than the patients' desires.

The change strategy that dominated in the planning process was an activation strategy. The project was initiated and led by a doctor and was built on broad participation and influence by professional staff concerned. They made mutual adjustments to the solutions that were needed to get the care pathway for elderly patients to be more effective and co-ordinated. The development of social relationships was central in the project for making these adjustments and mental changes. This is in accordance with the idealistic type of project called "dialogue based inter-organizational projects".

FÖRORD

Min forskningsresa startade i sjukvården och de informations- och samordningsproblem som finns i äldre patienters vårdprocess. Arbetet med avhandlingen har varit intressant och bidragit till att jag har ökat min kunskap och förståelse för vårdens processorientering. Det finns många som har bidragit till färdigställandet av avhandlingen till vilka jag är skyldig ett tack.

Först och främst mina åldriga föräldrar, som var de som bidrog till min undran om varför informationsöverföring och samverkan mellan olika vårdaktörer inte fungerar. Vi var många gånger frustrerade över långa väntetider, dubbelarbete och brister i informationen mellan primärvård och kommunal vård och specialistvården på sjukhuset. Vi upplevde att den kvalitativa vård som sjukvården syftar till inte uppnåddes. I det vårdkedjeprosjekt, jag följt och som berör nämnda vårdaktörer togs en handlingsplan fram, som direkt eller indirekt skall bidra till att höja vårdkvaliteten för äldre patienter. Tyvärr kan mina föräldrar inte få ta del av dessa förbättringar eftersom de båda avled i slutet av 2003.

Ett stort tack går också till två viktiga personer, som med varsam hand lotsat mig fram på min resa, min handledare Ulf Johanson och biträdande handledare Ole Liljefors. Det har varit skönt att få tröst på mina irrfärder men också konstruktiv hjälp att hitta vägen. Andra personer som bidragit med konstruktiva synpunkter i min inledande forskningsprocess har varit Esbjörn Segelod och framlidne Dick Ramström.

Vid seminarier och informella möten på Ekonomihögskolan har ett flertal kollegor bidragit med synpunkter. Bl.a. vill jag tacka Cecilia Lindh för konstruktiva och uppmuntrande synpunkter initialt i forskningsprocessen och, senare även Roland Almqvist och övriga medlemmar i Mintgruppen. Laila Svensson har kontinuerligt varit min samtalspartner och stöttepelare. Ett särskilt tack riktar jag också till Björn Persson för hans hjälp med IT-relaterade problem och Juliana Cucu som har lotsat och bistått mig i mitt sökande i de databaser som finns att tillgå. Jag vill även tacka Ekonomihögskolans prefekt Göran Bryding. Han har möjliggjort att jag har kunnat genomföra avhandlingen med interna kompetensmedel. Ekonomiskt bidrag har även erhållits från Sparbanksstiftelsen Rekarne, vilket jag är mycket tacksam för.

Ett stort tack till alla personer i och kring det studerade projektet för att ni gav mig tillfälle att närvara och lyssna på era vardagliga problem i vården av äldre patienter och hur ni uppfattade att de skulle lösas. Ett särskilt tack vill jag rikta till projektledaren, som alltid ställt upp på olika sätt och lyssnat till mina frågor och funderingar kring projektet. Ni har alla gett mig värdefull kunskap och erfarenheter, som jag kommer att ta med mig i det fortsatta forskningsarbetet.

Slutligen vill jag framföra ett stort tack till min familj: Uno, Mattias och Louise. Ni har med olika omsorger stöttat mig, både på det mentala och det praktiska planet. Ni har varit mitt bollplank där jag fått utbyta intellektuella tankar men också frustration över pågående svårigheter och trötthet i processen. Ni är glädjen och lyckan i mitt liv!

Mona Andersson

Eskilstuna i maj 2006

Innehållsförteckning

KAPITEL 1. INLEDNING	1
1.1 Processynsättet ger perspektivskifte.....	4
1.2 Att genomföra förändringar	4
1.3 Förändringsstrategier.....	7
1.4 Definition av vårdkedja.....	9
1.5 Forskningsfrågor	10
1.6 Syfte	12
1.7 Projekt Botvid	12
1.7.1 Problem	12
1.7.2 Att lära av andra	13
1.7.3 Målsättning och direktiv för projektet.....	15
1.8 Disposition	16
KAPITEL 2. BEGREPPET VÅRDKEDJA	19
2.1 Processer och dess kännetecken.....	22
2.2 Effekter i praktiken av införande av vårdkedjor	23
KAPITEL 3. TEORETISK REFERENS RAM – FÖRÄNDRINGSSTRATEGIER.....	31
3.1 Planeringsstrategin	32
3.1.1 Användning av planeringsstrategin.....	35
3.1.2 Kritik mot planeringsstrategin.....	35
3.2 Aktiveringsstrategin	38
3.2.1 Användning av aktiveringsstrategin.....	41
3.2.2 Kritik mot aktiveringsstrategin.....	42
3.3 Nätverksstrategin.....	43
3.3.1 Användning av nätverksstrategin	46
3.3.2 Kritik mot nätverksstrategin.....	47
KAPITEL 4. METOD.....	51
4.1 Val av metod	52
4.2 Undersökningsdesign	52
4.2.1 Genomförda deltagande observationer.....	54
4.2.2 Genomförda egna intervjuer.....	57
4.3 Analys av kvalitativa data	60
4.4 Studiens kvalitet	62
4.5 Generaliserbarhet	64
KAPITEL 5. PROJEKT BOTVID – BAKGRUND OCH PLANERING AV FÖRÄNDRINGSPROCESSEN...	65
5.1 Problembild.....	65

5.2	Förankring, beslut och mål.....	68
5.3	Uppdrag och bemanning samt projektbudget.....	70
5.4	Projektplan	72
5.5	Förankring i verksamheterna.....	73
5.6	Kartläggning av verksamheter med hjälp av HPR-metoden.....	73
5.7	Nulägesbeskrivning.....	76
5.7.1	Patienters upplevelse av nuvarande vårdprocess	77
5.7.2	Konferensupplägg	79
5.7.3	Introduktion HPR-metodiken.....	80
5.7.4	Nyckelpersoners upplevelse av problem.....	81
5.7.5	Förbättringsförslag	89
5.7.6	Förslag till handlingsplan	93
KAPITEL 6.	ANALYS	101
6.1	Vad har jag sett i projekt Botvid?.....	101
6.2	Varför blir det så här?.....	104
6.3	Vårdkedjan – en lösning på samordningsproblem	105
6.4	Har ledningens agerande och förändringsstrategi haft betydelse?.....	107
6.5	Sammanfattande slutsatser	111
6.6	Epilog	114
6.7	Implikationer för vårdkedjeforskning	115
6.8	Förslag till fortsatt forskning.....	116

Figurförteckning

Figur 1.1	En vårdkedja där såväl öppenvård, slutenvård samt kommunala insatser ingår	2
Figur 1.2	Fokus i min studie – planeringsfasen	9
Figur 2.1	Horisontellt värdeskapande – vertikal styrning.....	20
Figur 4.1	Komponenter i min dataanalys.....	61
Figur 5.1	Projektorganisation i projekt Botvid	70
Figur 5.2	Steg-för-steg-aktiviteter i projekt Botvid	72
Figur 5.3	Horisontellt värdeskapande – vertikal styrning.....	74
Figur 5.4	HPR-metoden och dess byggstenar.....	75
Figur 5.5	Steg-för-steg-aktiviteter i kartläggning av vårdgivarnas verksamheter	76
Figur 5.6	Vårdtagares upplevelser av nuvarande vårdprocess.....	78
Figur 5.7	Prioriterade åtgärdsområden från styr- och ledningsgrupperna	94

Tabellförteckning

Tabell 3.1	Olika strategier för att bedriva ett projekt	49
Tabell 4.1	Översikt utförda observationer i projekt Botvid	55
Tabell 4.2	Översikt utförda intervjuer i projekt Botvid.....	58
Tabell 6.1	Kännetecken för aktiveringsstrategin.....	113

Förkortningar

BPR	Business Process Reengineering
BSC	Balance Scorecard
GAH	Geriatrisk Ansluten Hemsjukvård
HPR	Health Care Process
ICP	Integrated Care Patways
LRI	Leichesther Royal Infirmary
NPM	New Public Management
QUL	Qualitet, Utveckling och Ledarskap
SÄBO	Särskilt boende (i kommunal regi)
TQM	Total Quality Management



Kapitel 1. Inledning

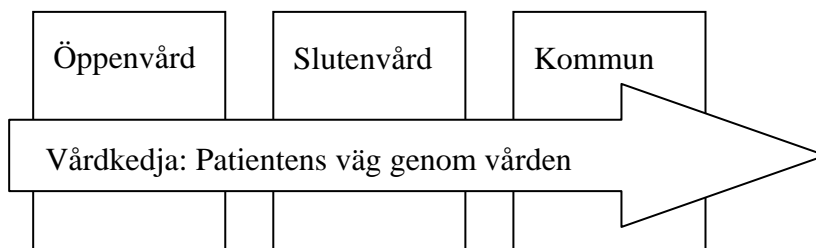
Detta kapitel presenterar det problemområde, vårdkedjor, som min studie berör. Det inleds med en illustration av hur en vårdkedja för en äldre patient kan se ut samt ger exempel på de brister som finns i denna kedja, sett ur patientens perspektiv. Därefter följer ett resonemang kring vårdkedjan och strategier för att förändra sjukvården mot en ökad processorientering. Resonemanget leder fram till mina forskningsfrågor och avhandlingens syfte. Kapitlet avslutas med en kort beskrivning av det projekt jag följt samt fortsatt disposition av avhandlingen.

”Botvid är i behov av vård och söker sig till sin vårdcentral. Där undersöks han av en läkare, eventuellt tas prover och diagnos ställs. Läkaren bedömer att Botvid behöver specialistvård och skriver därför en remiss som Botvid får ta med sig till sjukhusets akutmottagning. På akuten undersöks Botvid igen och nya prover tas om provresultat från vårdcentralen saknas. Om information om Botvids sociala status också saknas försvåras möjligheterna för akutläkaren att göra en helhetsbedömning av Botvids vård- och omsorgsbehov. Väntetiden på akuten kan därför bli upp till 12 timmar för Botvid. Om medicinläkaren bedömer att Botvid behöver slutenvård flyttas han från akuten till en vårdavdelning. Innan Botvid skrivs ut från vårdavdelningen till eget eller kommunalt boende kontakter avdelningens sjuksköterska kommunens biståndshandläggare som finns på sjukhuset. Tillsammans med Botvid och hans anhöriga görs en individuell vårdplanering och hans behov av hemtjänst utreds. Ibland sker utskrivningen från vårdavdelningen utan att adekvat information om Botvids medicinska och

sociala status samt rehabiliteringsbehov i tid när kommunens hemtjänst och/eller primärvårdsläkare och distriktssjuksköterska. Det händer att man på sjukhuset lovar att Botvid skall få viss hjälp från hemtjänstens personal, hjälp som de sedan inte har möjlighet att bistå med”.

Ovanstående beskrivning ger en illustration av det projekt jag har studerat, och som jag i denna text kallar för Botvid.¹ Syftet med projektet är att skapa en gränslös vårdkedja genom ökad samverkan mellan vårdgivare inom slutenvård, primärvård och kommunal vård och omsorg. En gränslös vårdkedja förutsätter ett ökat samarbete mellan dessa vårdaktörer för att den äldre² patienten skall få bästa möjliga vård på snabbast möjliga sätt och på rätt vårdnivå.

Vårdkedjan som idé utgår från att patienter³ genomgår en kedja av vårdinsatser, som är seriellt kopplade till varandra. Delarna i kedjan kan synliggöras och bilda underlag för diskussion om problem och möjligheter längs hela behandlingskedjan. Med hjälp av vårdkedjan kan behandlingen för patienter med likartat vårdbehov standardiseras och därmed effektiviseras. I en väl fungerande vårdkedja skall patienten känna sig trygg och personalen skall på alla nivåer veta vilka vårdinsatser som föregått respektive kommer efter den behandling som ges. En vårdkedja följer patientens väg, inte bara mellan ett sjukhus olika kliniker (slutenvård) utan kan också omfatta vårdcentraler (öppenvård) och kommunala insatser i till exempel äldreboende eller hemsjukvård (se figur 1.)



Figur 1.1 En vårdkedja där såväl öppenvård, slutenvård samt kommunala insatser ingår

¹ Projektet heter i verkligheten något annat.

² Med äldre avses en patient över 65 år.

³ Synonymt används även begreppet vårdtagare.

Som framgår av figur 1.1 är de olika vårdgivarna funktionellt och vertikalt avgränsade från varandra medan patientens vårdprocess är tvärfunktionell. Dessa avgränsningar gör att det är svårt att koordinera aktiviteter i patientens behandling, särskilt som det omfattar insatser vid flera olika interna eller externa funktioner eller enheter. Enligt Åhgren (1997) leder sjukvårdens vertikala uppbyggnad och styrning till låg produktivitet och kvalitet i form av exempelvis bristande kommunikation mellan enheter. Dålig samordning leder i sin tur till krav på kontroller, dubbelarbete och improduktiv väntan. Detta leder till att patienterna inte får den kvalitativa vård och omsorg som hälso- och sjukvården syftar till.

Att använda sig av processorientering eller vårdkedjor, där de vanligaste patientflödena synliggörs och förbättras, ses som ett led i den kritik, som riktas mot vården och dess byråkrati (Trägårdh och Lindberg 2002). Idealt beskriver en vårdkedja förloppet för många patienter, som "vandrar samma väg" mellan vårdinstanser utifrån en fastställd diagnos (ibid., s 34). En vårdkedja kan därför beskriva insatser vid olika instanser, som ett givet förlopp från fastställande av diagnos till åtgärd och kontroll. Vårdkedjekonceptet innebär att flera institutionella och administrativa gränser skall brytas. Inom dessa gränser finns ett stort antal yrkeskategorier och specialiteter vilka förväntas samordna och anpassa sina insatser i vårdkedjan, så att ett effektivare flöde uppnås. Effektiviseringen sker genom att reducera icke-värdeskapande aktiviteter, det vill säga aktiviteter som från patientens synpunkt inte tillför något. Det kan handla om reduktion av väntetider, onödigt dubbelarbete och frågeställningar som uppstår på grund av bristande information (Statens Kvalitets- och Kompetensråd 2004, s 18). Genom förebyggande arbete kan dessa typer av åtgärder undvikas (ibid.)

Många forskare menar att intresset för processsynsättet beror på det senaste decenniets strävan att modernisera statsförvaltningar utifrån begreppet NPM (New Public Management) och dess fokus på marknadslogik, som syftar till att effektivisera och förbättra den kritiserade byråkratin och dess svårigheter att förnya sig (Almqvist 2004, McNulty och Ferlie 2002, Quist 2005, SOU 1997:57). En effekt av reformerna och deras strävan mot rationell mål- och resultatstyrning har blivit att de organisatoriska gränserna förstärkts genom ett ökat fokus på hierarki, identitet och ansvar. Men det finns även forskare som hävdar att det finns en post-NPM-era där horisontella organisationsfrågor utgör ett centralt inslag och ses som en form av motreaktion mot det vertikala NPM-synsättet (Quist 2005, s 17). I en rapport från Statskontoret framhålls att det inte är sektoriseringen i sig som är problemet utan snarare samordningen mellan organisationerna (ibid., s 7).

1.1 Processynsättet ger perspektivskifte

Att se vårdverksamheten ur ett processperspektiv är tänkt att leda till en förskjutning av intressefokus från internt perspektiv till ett patientperspektiv. Att förstå patientens behov och hur dessa skall tillgodoses samt hur man lyckas med detta blir viktigt i patientperspektivet. I synsättet ligger förväntningar om att intresset förskjuts från att optimera den egna funktionen till att betrakta och förstå hela verksamheten (eller samtliga verksamheter, om processen går över organisationsgränser). Istället för den ”vi-och-dom-anda” som verksamhetsgränser kan ge upphov till antas processynsättet skapa förutsättningar för att utveckla en samarbetskultur mellan de funktioner som verkar i processen.

En samordnad vårdkedja kan också medföra ett effektivare resursutnyttjande genom att det blir möjligt för ledningen att styra resurser längs hela vårdprocessen. Genom en samordnad struktur kan professionernas vårdutövning utvärderas på ett annat sätt än tidigare eftersom det antas vara möjligt att uppnå en ökad standardisering av rutiner och strukturer med hjälp av vårdkedjan (Blomgren *et al.* 1999). Genom att kartlägga processen kan man visa hur alla bidrar till slutresultatet. Enligt Blomberg *et al.* (*ibid.*) kan detta leda till större förståelse, särskilt hos läkare, för vad som skapats och hur övriga led i vårdprocessen bidragit. En tydlig struktur innebär också att ansvar kan utkrävas, vilket i sin tur medför att grundläggande värderingar om vård på lika villkor kan upprätthållas. Genom mätning och utvärdering av verksamheten kan patientens inflytande och insyn stärkas (Trägårdh och Lindberg 2002). Den standardisering, som vårdkedjan kan bidra till innebär att likabehandling, säkerhet och demokrati i vården kan säkerställs.

1.2 Att genomföra förändringar

Att genomföra organisationsförändringar i sjukvården⁴ anses vara svårt visar utvärderingar av de reformer som har skett i vårdsektorn sedan 90-talets början. En ”top-down”-styrning fungerar inte i en sådan kontext (Axelsson 2000, Sahlin-Andersson 1999). En generell kritik som framförs mot dessa försök är att centralt initierade och styrda förändringsprocesser är dåligt anpassade till lokala förutsättningar (Ekman Philips 2002, s 11). Förändringarna bör snarare stå i samklang med de mål och värderingar som styr de professionella grupperna eftersom det är kulturen som styr det dagliga handlandet (Åhgren 2002, Blomgren *et al.* 1999, Ellström 1996). Förändringsprocesser bör därför möjliggöra att vårdpersonalen engageras och

⁴ Jag använder både sjukvården och vården, som synonymer för hälso- och sjukvården.

ges tillfälle att delta redan i det initiala planeringsarbetet. Flera studier visar att det finns ett positivt samband mellan hög grad av aktivering av chefer, anställda och fack i ett utvecklingsarbete (Gustavsen *et al.* 1995, Liljefors 1996). Resultatet visar sig i form av ökad produktivitet.

Att arbeta med processer eller flöden är inget nytt inom hälso- och sjukvården. Verksamheterna är redan organiserade efter en input-output-modell. Input är patientflödet med olika sjukdomstillstånd, som behandlas på olika stationer (kliniker). Efter behandlingen skrivs patienten ut (output) från stationerna, där också olika former av kvalitetskontroller sker (feedback). Att modellen är etablerad kan medföra att vårdkedjan inte upplevs som något nytt och främmande (Trägårdh och Lindberg 2002, s 35). Men å andra sidan kan vårdkedjebegreppet vara en utmaning mot etablerade enheter och funktioner. Detta eftersom betoningen ligger på flödet och den ömsesidiga anpassning och diskussion över professionsgränser, som behövs hos parterna i kedjan.

Erfarenheter av vårdkedjeprojekt, såväl nationellt som internationellt, pekar på svårigheter att åstadkomma mer omfattande förändringar med hjälp av vårdkedjor. Inom det svenska så kallade Sjukvårdsprogrammet, som genomfördes mellan 1995 och 1999, följde Trägårdh och Lindberg (2002, s 29ff) sju vårdkedjeprojekt. De intresserade sig för hur man använde begreppet vårdkedjor i det praktiska utvecklingsarbetet. De kom fram till att det fanns två olika typer av projekt dels sådana som styrdes från primär- och kommunalvården dels sådana som enbart avsåg intern sjukhusmiljö. De förra projekten utgick i arbetet med vårdkedjan från ett patientperspektiv där patientens alla kontakter med sjukvården, var utgångspunkten. Projekten arbetade med ”breda vårdkedjor”⁵, som berörde personal över huvudmannagränser. I dessa projekt betonades utveckling av sociala relationer för att skapa en helhetsförståelse hos berörda parter. Projekten resulterade i en mer rationell drift av flödet mellan parterna. Den andra typen av projekt, sjukhusprojekten, var främst inriktade på att kartlägga komplexa interna ”kedjor” för patienter utifrån olika diagnoser. Intressefokus var på att göra tekniskt korrekta beskrivningar av sammanlänkade vårdinsatser för att undersöka om det fanns rationaliserings- eller förbättringsmöjligheter. I sjukhusprojekten var direkta påverkningar på det löpande arbetet små om man jämför med primär- och kommunalvårdens projekt. Sammanfattningsvis framhåller Trägårdh och Lindberg (*ibid.*, s 52) att sjukhusprojekten

⁵ Vårdkedjor som avser vanligt förekommande och förhållandevis entydiga diagnoser, som går att standardisera.

användes till att legitimera och försvara nuvarande verksamhet medan primär- och kommunalvårdsprojekten användes för att lösa organiseringsproblem, som funnits en längre tid. Att projekten utvecklades på detta sätt förklaras med de olika betingelser, som finns inom vårdsektorn för att bedriva rationaliserings- och utvecklingsarbete. Sjukhusvården är starkt specialistinriktad medan primär- och kommunalvården är mer generalistorienterad med ett helhetsperspektiv på patienten. En viktig slutsats enligt Trägårdh och Lindberg (ibid.) var därför att det sammanhang som projekten formades i kom att spela in på vad som hände i dem. Utifrån denna slutsats menar de att projekten kan hänföras till en av två idealtyper: a) tekniskt-rationella inomorganisatoriska projekt, vilka syftar till att försvara och legitimera nuvarande verksamhet mot förändringar, och b) dialogorienterade interorganisatoriska projekt, vilka syftar till att utveckla interorganisatoriskt samspel på operativ nivå.

I en enkät till sjukvårdsdirektörer eller motsvarande befattningar i landets 21 landsting/regioner, undersökte Åhgren (2002) vad som hänt och händer inom vårdkedjeutvecklingen. Enkäten visar att arbetet med utveckling av vårdkedjor är prioriterat och att två av tre landsting uppger att det finns mål, handlingsplaner eller andra dokument som stödjer sådant utvecklingsarbete. Främsta syftet med att utveckla vårdkedjorna är att förbättra vårdkvaliteten även om några få landsting/regioner anser att rationalisering av verksamheten är det primära syftet. Antalet utvecklade vårdkedjor är dock förhållandevis litet. Cirka hälften av landstingen har under de senaste fem åren, utvecklat mellan en till tio vårdkedjor avseende i huvudsak kroniska sjukdomar och akuta sjukdomstillstånd. Att det utvecklats så få vårdkedjor berodde enligt uppgiftslämnarna på ”bristande insikt och förståelse för vikten av att samordna sjukvårdsinsatserna, som sker på flera andra vårdenheter än den egna” (ibid., s 4). Inom samtliga landsting/regioner avser man att fortsätta med att utveckla vårdkedjor för att höja vårdkvaliteten. Åhgren (ibid., s 8) drar därför slutsatsen att vårdkedjor förväntas vara ”hornstenar” i den framtida sjukvården.

Internationella erfarenheter från till exempel engelska sjukhus visar att det i praktiken finns såväl vinnare som förlorare i skapandet av sammanhållna processer (McNulty 2003). Detta är särskilt relevant för läkarna, som har en stark ställning inom sjukvården. Erfarenheter hittills är att professionerna besitter en institutionaliserad maktbas, som utnyttjas för att försvara kärnverksamheten mot försök till standardisering och rationalisering (ibid., s 33). Institutionella förändringar accepteras endast om nya idéer presenteras som mer lämpliga än existerande tillämpningar.

Det finns idag förväntningar på hälso- och sjukvården att de skall vara moderna och anamma aktuella organisationstrender. Vårdkedjan antas vara ett sådant modernt ideal som gör att hälso- och sjukvården kan uppfylla fyra moderna företeelser: (1) kostnadseffektivisering, (2) brett deltagande och samverkan, samt (3) kvalitet och (4) kundorientering (Trädgård och Lindberg, 2002, s 35).

1.3 Förändringsstrategier

Det finns ofta ett mer eller mindre explicit dominerande synsätt på hur verksamheter skall styras men också på hur de bör förändras (Hart 1999, s 116). I avhandlingen har jag utgått från Svensson och von Otters (2002, s 22) presentation av tre övergripande strategier eller perspektiv: planerings-, aktiverings-, och nätverksstrategin, för att analysera och förstå utvecklingen av projekt Botvid. Strategierna är uttryck för olika perspektiv eller modeller på utvecklingsarbete, där perspektiv ses som ett förhållningssätt som innefattar olika teorier (ibid., s 146). Perspektiv är mer grundläggande än en teori enligt dem. Jag använder enbart begreppet strategi i den fortsatta framställningen. Enligt Svensson och von Otter (ibid.) är det viktigt att använda sig av ett pluralistiskt synsätt för att få en fördjupad och kompletterande förståelse av ett utvecklingsarbete. Strategierna ses som analytiska idealtyper snarare än exakta avbilder av verkligheten och de kan användas parallellt, men de kan också ses som en utveckling över tiden.

Det är den initiala fasen⁶ av projekt Botvid som är i fokus i min studie. Till den fasen räknar jag både idé- och planeringsfasen. Min arbetshypotes är att det är i denna fas som valet av förändringsstrategi inverkar på organisationsmedlemmarnas möjligheter att få insyn i, och påverka hur planeringsarbetet med vårdkedjan skall bedrivas.

Den första av Svensson och von Otters strategier är den traditionella planeringsstrategin (Packendorff 1993, Svensson och von Otter 2002, s 32). Strategin är den dominerande inom svenskt näringsliv och utmärks av att förändring huvudsakligen ses som ett behov att fylla ett gap mellan ett önskvärt tillstånd och ett nuvarande (Hart 1999, s 116, Svensson och von Otter 2002). Problem kan i denna strategi lösas eller förbättras genom att använda väl genomtänkta och planerade åtgärder, där det antas föreligga ett klart samband mellan åtgärd och resultat.

⁶ Faser som följer efter den initiala är implementering och uppföljning (Packendorff 1993).

Imitation av framgångsrika organisationer används ofta för att undvika risken för egna misslyckanden (Hart 1999, s 117). Ett annat viktigt antagande är att ledningen har nödvändig och tillräcklig kunskap samt erfarenhet för att kunna genomföra förändringen från sin position (ibid., s 118). Det innebär att direktiv och riktlinjer om vad som skall förändras och hur förändringen skall gå till kommer uppifrån. Organisationsmedlemmarna kommer därmed in sent i förändringsprocessen och de engageras för att anpassa verksamheten så att den passar in på givna direktiv. De anställda ses initialt, som passiva och deltagandet sker genom att de till exempel finns representerade i de styrgrupper som finns i projektet. Sammanfattningsvis ses initierings- eller planeringsfasen i planeringsstrategin som en angelägenhet för ledningen, och de anställda spelar en underordnad roll fram till att förändringsplanen är fastställd och accepterad av ledningen. Först därefter, när direktiven skall implementeras, förutsätts de anställda vara aktiva.

Planeringsstrategin har tonats ned på grund av de negativa effekter som ett ”top-down”- och detaljstyrt utvecklingsarbete med svagt inflytande för de anställda skapar (Hart 1999, Gustavsen 1990, Gustavsen *et al.* 1995, Svensson och von Otter 2002). Som kontrast har aktiveringsstrategin vuxit fram. Den betonar de berördas engagemang och inflytande tidigt i ett förändringsarbete (Svensson och von Otter 2002, s 26). Strategin har en mer öppen ansats än planeringsstrategin och den syftar inte till att organisera verksamheten så att den blir stabil. Snarare är det viktigt att verksamheten är flexibel och anpassningsbar till de kontinuerliga förändringar, som sker i omvärlden (Hart 1999, s 120). Det blir då viktigt för organisationen att anställda deltar. I utvecklingsarbetet är det också vanligt att det finns en eldsjäl som pådrivare för förändringar (Svensson och von Otter 2002, s 26). En viktig tankegång i strategin är att det är de som är närmast produktionsprocessen, som har den djupaste kunskapen om vilka åtgärder som är möjliga att genomföra i det lokala arbetet. I aktiveringsstrategin härleds problem från förändringar i omvärlden (Hart 1999, s 121). Detta bidrar till att organisationen kan skaffa sig en mångdimensionell bild av omvärlden. Dessa bilder förädlas genom att formella och informella arenor skapas där samtal pågår, vilka antas bidra till ett inlärningsstrategiskt tänkande hos dem som deltar. Sammanfattningsvis ses förändring i aktiveringsstrategin, som en lärprocess (Svensson och von Otter 2002). Att förstå den egna organisationen och omvärlden antas vara en kollektiv process där berörda på ett eller annat sätt ingår. Genom dialog som bygger på demokratiska ideal antas en mer eller mindre accepterad förståelse skapas för de olika skeenden som finns internt och externt (Gustavsen *et al.* 1995, Gustavsen och Hofmaier 1997). Perspektivet bygger på en ansats underifrån där

de anställda har en aktiv roll både som initiativtagare och pådrivare av ett förändringsarbete i dialog med ledningen.

Om ett långsiktigt lärande med kontinuerliga förändringar skall uppstå blir det viktigt att skapa nätverk för den fortsatta utvecklingen (Gustavsen och Hofmaier 1997, Svensson och von Otter 2002). Nätverksstrategin, som är den tredje av Svensson och von Otters strategier, kombinerar den ansats underifrån, som finns i aktiveringsstrategin med en bredare men frivillig samverkan mellan olika organisatoriska enheter. De komplexa problem som organisationer ställs inför kräver insatser från ett flertal aktörer och nivåer. Ett interorganisatoriskt nätverk ses därför som ett nyckelsystem som kan lösa dessa problem. Sammanfattningsvis bygger denna nätverksstrategi på i stort sett samma ideal som aktiveringsstrategin, det vill säga att de anställda bör vara aktiva och engageras redan initialt i förändringsarbetet. Engagemanget kan vara såväl formellt som frivilligt.

De tre förändringsstrategierna, som jag redogjort för ovan, ses på det analytiska planet som åtskilda medan de i verkligheten överlappar varandra. Jag använder strategierna i mitt analysarbete för att följa och förstå utvecklingen av projekt Botvids initieringsfas. Fokus i min studie ligger på själva förändringsprocessen i projektet men jag berör jag även orsaker till och konsekvenser av förändringsprocessen, figur 1.2.



Figur 1.2 Fokus i min studie – planeringsfasen

1.4 Definition av vårdkedja

Enligt Quist kan processsynsättet användas för flera ändamål: dels för att styra en verksamhet och dels för att förbättra och kvalitetssäkra den (Quist 2005, s 16). Det är det senare ändamålet som utgör avsikten med projekt Botvid enligt den projektansökan till EU Mål 3 som gjorts i februari 2003. Enligt den är syftet ”att utveckla nya rutiner och samverkan mellan en medicinklinik, en akutklinik, en vårdplatsorganisation, primärvård och kommuner.

Dessa aktörer skall stödja en processinriktad sjukvård och fokus skall vara på vårdkedjan för den enskilde vårdtagaren och där vårdprocessen skall ge ett mervärde för vårdtagaren”.

Begreppet vårdkedja kan betyda flera saker visar studier inom det så kallade Sjukvårdsprogrammet som pågick mellan 1995 och 1999 (Ekman Philips 2002). Där tolkades begreppet elastiskt och rymde en mängd strävanden, som till exempel att organisera verksamheten utifrån patientens samlade behov, samverkan över gränser men också kontroll över arbetsprocesser, att minimera ”avvikande händelser” liksom att skapa en slimmad organisation där fokus var dess kärnprocesser (Ekman Philips 2002, s 30). Vårdkedjekonceptet har klara kopplingar till näringslivets processorientering och de idéer som finns inom processmanagementskolan. Grundtankarna i denna skola är att bryta upp funktions- och specialistinriktade verksamheter och fokusera på verksamhetens processer eller aktiviteter, vilka ofta går horisontellt över flera funktioner.

Den definition av vårdkedja som jag använder i avhandlingen är följande:

” ... samordnade aktiviteter för en specifik patientgrupp, som är sammanlänkade för att uppnå ett kvalitativt slutresultat för patienten. En vårdkedja passerar ofta huvudmannagränser och omfattar flera kliniker/vårdgivare”. (Åhgren 1997, s 8)

1.5 Forskningsfrågor

I min studie står äldre vårdtagare i fokus. De svarar för ett stort antal besök på ett sjukhus akutmottagning. De kan komma till akuten via remiss från primärvården, eller direkt från eget boende eller via särskilt boende i kommunal regi, kallat SÄBO⁷. På akutmottagningen får den äldre patienten ofta ta prover, trots att det kanske redan gjorts i primärvården. Det är också vanligt att patienten får genomgå röntgenundersökningar och därefter vänta på läkares diagnos och utlåtande. Det är inte ovanligt att en patient kan få vänta en hel dag innan han/hon får vård. Det saknas emellanåt också adekvat information om vilka mediciner patienten tar för olika åkommor. Information om funktionell och social status kan också saknas, vilket försvårar för akutläkaren att bedöma patientens totalbehov av såväl medicinska som vård- och omsorgsbehov och rehabilitering. Onödiga kontroller, frågeställningar som

⁷ SÄBO innebär särskilt kommunalt boende för dem som av olika skäl inte kan ha eget boende. Boendet är behovsprövat.

uppstår på grund av bristande information och improduktiv väntan är vanligt för en äldre patient, som kommer till akuten. Jag har egna erfarenheter av ett stort antal besök inom sjukvården med mina åldriga föräldrar och känner igen mig i ovanstående beskrivning. Min studie tar därför sin utgångspunkt i min undran:

Varför fungerar inte informationsöverföring och samverkan mellan berörda vårdaktörer?

Ett antal olika lösningar på vårdens samordningsproblem har prövats. Vårdkedjan är en tidstypisk lösning på hur samordning kan lösas i vården. Vårdkedjan skall öppna för nya sätt att organisera vården för att öka patientvärdet och även skapa andra värdehöjande effekter. Men för att få till stånd detta krävs ett nytt perspektiv hos de inblandade i kedjan. Intresset för den egna hierarkin, identiteten och ansvaret måste förskjutas till att betrakta och förstå samtliga verksamheter som ingår i kedjan. Fokus i projekt Botvid skall ligga på verksamheternas kärnprocesser, det vill säga flöden och de värdeskapande gränsöverskridande aktiviteter som finns i kedjan. Den ”vi-och-dom-anda” som specialisering och de gränser, som detta skapar, skall ersättas med ett processsätt, som fokuserar horisontella relationer och samverkan. En ytterligare fråga i avhandlingen är därför:

Hur har man agerat i planeringsfasen i projekt Botvid för att skapa förutsättningar för ett processtänkande där de professionella grupperna ges inflytande?

Enligt Ekman Philips (2002, s 11) är det inget problem att få igång olika slag av förändringsarbeten i sjukvården. Problemet är snarare *hur* förändringsarbetet skall bedrivas. Hon framhåller att det finns omfattande erfarenheter inom sjukvården av centralt initierade och styrda förändringsprocesser. Dessa har dock kritiserats för att negligera den lokala nivån och deras förutsättningar då detaljerade modeller och vårdprogram har ”tryckts ned” i verksamheter. Möjligheter till påverkan för dem som berörs lokalt har därmed varit små eller obefintliga. Detta styrks också av en statlig utredning om organisationsutveckling inom hälso- och sjukvården, som framhåller: ”[...] att utvecklingen av vården framöver bör ske med en långsiktig strategi och med en bred medverkan och delaktighet av vårdens alla personalkategorier”. I utredningen framhålls också ”[...] att vårdutveckling och organisationsförändring är en del av vårdens vardag” (SOU 1996:66). Kopplar vi ovanstående till projekt Botvid blir en viktig fråga:

Vilken roll har förändringsstrategin spelat i planeringsfasen av projekt Botvid?

1.6 Syfte

Det finns behov av att mer systematiskt studera hur förändringsarbeten bedrivs inom hälso- och sjukvården (Ekman Philips 2002). Syftet med min studie är att ge bidrag till forskning om vårdkedjor genom att utveckla kunskap om *hur* ett initialt förändringsarbete har bedrivits, för att främja utvecklingen av en gränslös vårdkedja. I projekt Botvid sker utvecklingen inom ramen för en vertikal organisationsstruktur. Jag har utgått från tre tänkbara förändringsstrategier som ledningen kan använda sig av för att organisera ett förändringsarbete. Strategierna skall ses som olika perspektiv på förändringar och hur dessa kan genomföras (Svensson och von Otter 2002, Hart 1999). De som berörs av en förändring ges i strategierna olika möjligheter att påverka lämpliga lösningar på upplevda problem.

1.7 Projekt Botvid

Avsnittet beskriver de problem som gav upphov till att projekt Botvid startade och hur man uppfattade att problemen skulle lösas. Materialet bygger på observationer och intervjuer, som jag gjort i projektet.

1.7.1 Problem

Projekt Botvid är ett samverkansprojekt mellan slutenvård, primärvård och kommuners hemsjukvård. Botvid symboliserar en typisk äldre vårdtagare som är i behov av vård och omsorg från samtliga dessa vårdaktörer. I inledningen till detta kapitel illustrerade jag hur nuvarande flöde mellan aktörerna kan se ut samt gav exempel på brister i detta flöde. Det beskrivna flödet upplevdes av medicinklinikens läkare och deras verksamhetschef⁸ som problematiskt. Enligt verksamhetschefen är ett centralt problem när patienten kommer till akutmottagningen bristen på information ”on line”⁹ (intervju 040211). Informationsproblem finns även vid vårdtillfällets slut då information bör/måste nå andra vårdgivare i kommunen och primärvården (intervju verksamhetschef 040211, internt dokument 020626). Enligt verksamhetschefen intresserar sig varje vårdgivare endast för den information de själva

⁸ Begreppet klinikchef används synonymt.

⁹ Idag kan vårdaktörerna inte utbyta information om patienterna via nätet eftersom de inte har tillgång till varandras IT-lösningar (intervju primärvårdschef 040524).

behöver. Brister i informationsöverföringen försvårar för medicinklinikens jourläkare att göra adekvata helhetsbedömningar av patientens medicinska och sociala status. Orsaken är att ingen har ett helhetsansvar för vårdförloppet.

Förutom informationsöverföringsproblem upplevde medicinläkarna att de hade en tung jourbörda med ett växande antal multisjuka samtidigt som antalet vårdplatser reducerats. Dessa problem behövde åtgärdas för att en rimlig och kontrollerbar arbetsbörda för jourläkarna skulle kunna garanteras men också för att ge de äldre patienterna trygghet i omhändertagandet.

Enligt verksamhetschefen fanns ett stort behov av att utveckla nya rutiner och IT-verktyg för informationsöverföring i vårdkedjan. Initieringen av projekt Botvid skulle enligt klinikchefen möjliggöra ”att Botvid på sikt inte skall märka när han passerar organisationsgränser”. Detta uppnås genom att de olika vårdgrannarna skall samverka och därmed öka kvaliteten för Botvid (intervju 040211). Men även inom andra enheter på sjukhuset, inom primärvård och hos kommunernas hemtjänst, fanns en medvetenhet om problem i flödet mellan dem. Flera projektdeltagare¹⁰, uttryckte att ”ingen hade överblick, kraft eller resurser att ta tag i problemen inom ramen för det ordinarie arbetet” (observationer januari – februari 2003).

1.7.2 Att lära av andra

Hur problemen skulle kunna lösas hade under en längre tid varit föremål för diskussioner internt på medicinkliniken. Men det var först i samband med en konferens för internmedicinare under senhösten 2001, som de första tankarna på en möjlig lösning tog form. Verksamhetschefen kom då i kontakt med en verksamhetskolllega på Höglandssjukhusets medicinavdelning i Eksjö. Denne berättade om ett framgångsrikt samverkansprojekt, projekt Esther, mellan slutenvård, primärvård och kommunal äldreomsorg, som han deltagit i.

Projekt Esther startade 1997 och pågick till 1999. Namnet Esther avsåg en fiktiv patient som alla i vårdkedjan kände igen som ett typfall (intervju kvalitetsansvarig sjuksköterska 030527). Redan 1994 startade medicinkliniken i Eksjö ett internt utvecklingsarbete för att förbättra klinikens verksamhet. Det fanns en stor frustration hos personalen som upplevde att de inte ”räckte till” för patientmöten, utveckling av verksamheten och att arbeta med förbättringar av såväl medicinska som omvårdnadsresultat (Peterson och Bojestig 2003, s 1). Personalen

¹⁰ Kallas nyckelpersoner i projektet.

kände sig också hindrade av det befintliga redovisningssystemet, som endast tog hänsyn till om kliniken klarade budget, antal vårdtillfällen och sängplatser. De ville ändra på situationen och startade därför ett mer långsiktigt och systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete utifrån QUL-modellen (Qualitet, Utveckling och Ledarskap). Fokus i utvecklingsarbetet riktades mot dem som vården är till för, patienterna, samt att åstadkomma ständiga förbättringar. Men de upptäckte att det inte räckte att ställa frågor om hur den egna kliniken kunde bli bättre. Istället började de fråga sig vad som var ”bäst för Esther”. Med ett patientperspektiv insåg de att det fanns fler personer i Esthers närhet att samverka med, anhöriga och personal från primärvård och kommuner, om de ville nå bättre resultat. Det växte fram en insikt om att det var vad dessa personer gör tillsammans som räknas och skapar värde för Esther (ibid.).

Kliniken har uppnått omfattande förbättringar i koordineringen av patientarbetet. Bland annat har informationsöverföringar och övriga rutiner förbättrats. Antalet vårdtillfällen har minskat liksom väntetider för patienterna. Patienter och personal är mycket nöjda visar olika utvärderingar. I det omfattande förändringsarbetet användes en specifik metod kallad HPR-metoden (Health Process Reengineering). Fokus i metoden är de värden som vårdkedjan skall skapa, vilka man behöver samarbeta med och vad som händer i omvärlden. Metoden innebär att man startar med en analys av nuläget samt identifierar problem och förbättringsområden. Därefter görs en konkret handlingsplan med mål, förändringar att testa, vem som skall vara ansvariga för testet samt en tidsplan. Det omfattande utvecklingsarbetet i projekt Esther har numera övergått till nätverk med vårdgrannarna¹¹ (Peterson och Bojestig 2003, s 3, www.Esther.nu).

Verksamhetschefen i projekt Botvid inspirerades av projekt Esther och de resultat som hade uppnåtts. Han samlade i december 2001 en grupp (mest stabspersoner) inom kliniken¹² där han redogjorde för erfarenheter och uppnådda effekter i projekt Esther. Gruppen tyckte det lät intressant och beslöt att besöka Eksjö. Studiebesöket skedde under förvåren 2002. Med vid studiebesöket var förutom den medicinska staben också ansvariga representanter från akutmottagning och primärvård. De fick en intressant redogörelse för projekt Esther och de resultat som hade uppnåtts varför gruppen kom fram till att de ”måste åka hem och göra det här själva” (intervju verksamhetschef 040211).

¹¹ Används synonymt med vårdaktörer.

¹² Han var då nyutnämnd verksamhetschef.

Klinikchefen tog vid hemkomsten kontakt med hälso- och sjukvårdschefen (enbart sjukvårdschef i det följande) och beskrev, i stora drag vad de borde göra och vilka vinster de kunde uppnå med att starta ett eget projekt (intervju 040211). Sjukvårdschefen tyckte projektet verkade intressant och fann därför anledning att ”stötta projektet, särskilt som initiativet kom underifrån. Det vanliga är ju annars att det kommer uppifrån och då är det ju svårare att få med alla” enligt honom (intervju 040504). Han sammankallade under våren 2002 ett antal chefspersoner från berörda vårdgrannar, av vilka en del varit med på studiebesöket, för en diskussion kring möjligheterna att starta ett samverkansprojekt efter i stort sett samma upplägg som i projekt Esther. Vissa av de personer (förvaltningschefer från respektive kommuner) som var kallade till mötet ingick sedan tidigare i en samrådsgrupp¹³, som 2 till 3 gånger/år träffades hos sjukvårdschefen. Det fanns därför sedan tidigare en viss vetskap om brister i koordineringsarbetet med patientens behandling mellan aktörerna. Denna vetskap underlättade diskussionerna och tillkomsten av projektet (intervju kommunal förvaltningschef kommun Beta 040511, intervju primärvårdschef 040524).

1.7.3 Målsättning och direktiv för projektet

Projekt Botvid startade i september 2002 och skulle vara avslutat i oktober 2003. Verksamhetschefen fick i uppdrag av sjukvårdschefen att ansvara för att en projektorganisation skapades, att projektet initierades och genomfördes i samverkan med vårdgrannarna samt också utvärderades. Han fick också i uppdrag att skriva en projektansökan till EU Växtkraft Mål 3 för att begära förstärkning av finansiella medel, om ca 450 000 kr. Sjukhuschefen bidrog med lika mycket (intervju 040504). Medlen, totalt ca 900 000 kr, behövdes för att täcka anställning av en projektledare, internatkostnader samt konsultinsatser. Totalt beräknades projektet kosta ca 2,6 – 3 miljoner kronor, varav större delen täcktes av respektive vårdgivares egna budgetmedel. Enligt projektplanen var det övergripande målet med projektet att skapa trygghet för en äldre vårdtagare och anhöriga och att vård skall bedrivas på rätt vårdnivå¹⁴ i samarbete mellan vårdgivarna. För att uppnå detta mål måste kontinuitet i vårdkedjan skapas, informationsöverföring förbättras, tillgänglighet och kunskapsutveckling ökas samt alternativa vårdnivåer skapas enligt ett internt dokument.

¹³ Samrådsgruppen bildades redan år 2001 i samband med att Kommun- och landstingsförbundet nationellt gjorde upp om att det skulle ske en mer generell samverkan av äldreomsorg (intervju sjukvårdschef 040504).

¹⁴ Med rätt vårdnivå avses att vård/åtgärd skall vara så nära patienten som möjligt och inte ges på mer kvalificerad nivå än nödvändigt (observation 040131).

Huvudmålet har brutits ned i ett antal delmål som till exempel att projektet skall uppnå en förbättrad kommunikation mellan patient och vårdgivare och mellan vårdgivare, bättre samarbetsrelationer i hela vårdkedjan med utveckling av nätverk mellan vårdgrannar, högre kompetens i hela vårdkedjan, utveckling av gemensam vårddokumentation etc.

HPR-metoden skulle tillämpas som förändringsmetodik. Detta innebar att de olika vårdgrannarna skulle göra en kontextuell analys av sin verksamhet. Analysen berörde vilka värden som vårdkedjan skulle skapa, vilka man behövde samverka med och vad som kunde antas inträffa i omvärlden. Annorlunda uttryckt skulle nuläget och framtida mål beskrivas i verksamheten. Därefter skulle problem och förbättringsområden identifieras i nuvarande patientbehandling samt en konkret handlingsplan med mål, förändringar att pröva, vilka som skulle vara ansvariga för testet samt en tidsplan fastställas. Man följde därmed samma upplägg som användes i projekt Esther.

1.8 Disposition

I den fortsatta dispositionen har jag underlättat och möjliggjort för dem som endast vill läsa inlednings- och avslutningskapitlen. Det kan därför förekomma viss upprepning av vad som tidigare redovisats.

I kapitel två redogör jag för begreppet vårdkedja och dess koppling till processmanagement. Jag beskriver även praktiska erfarenheter av införandet av vårdkedjor, såväl nationellt som internationellt.

I kapitel tre beskriver jag de tre förändringsstrategier som jag använder för att följa och förstå projektets initieringsprocess. Strategierna är planeringsstrategin, aktiveringsstrategin och nätverksstrategin. Beskrivningen tar även upp användning av och vanlig kritik mot strategierna.

I kapitel fyra behandlas mitt tillvägagångssätt. I kapitlet redogör jag för metod och undersökningsdesign. Insamlade kvalitativa data har analyserats med hjälp av tre komponenter: datareduktion, datavisning och slutsatser. Kapitlet avslutas med en diskussion kring studiens kvalitet och generaliserbarhet.

Kapitel fem beskriver empirin i projekt Botvid. I kapitlet redogörs för planering och genomförandet av de aktiviteter som förekommit i projektet. Mina empiriska observationer redovisas utifrån fyra huvudkategorier: vårdplanering, informationsöverföring, tillgänglighet

och kompetensutveckling. Dessa kategorier belyser de problem och förslag till lösningar, som nyckelpersonerna framförde.

I kapitel sex följer analyser av det empiriska materialet, där empirin relateras till avhandlingens teori. I kapitlet finns sammanfattande slutsatser, som är relaterade till mina inledande forskningsfrågor men också till de kännetecken, som den dominerande förändringsstrategin i projektet har. Därefter följer en epilog med beskrivning av vad som hände efter att jag lämnade projektet. Sist i kapitlet ger jag förslag till fortsatt forskning.

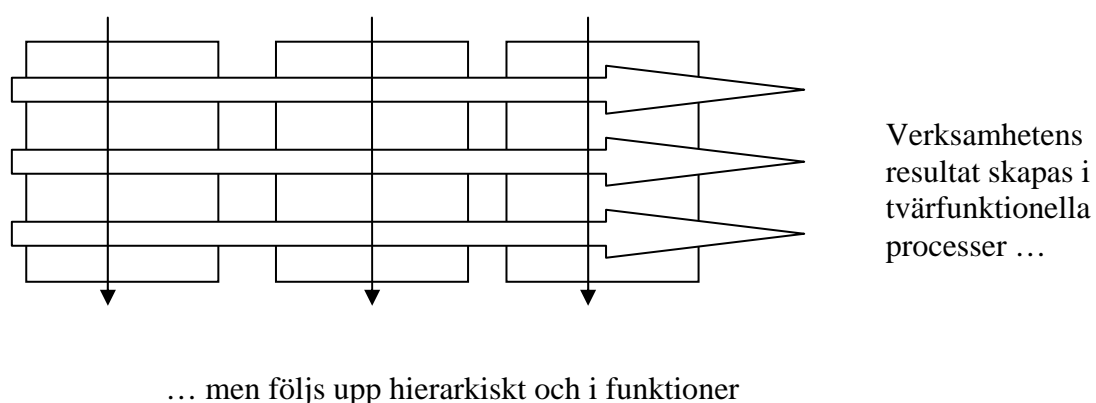
Kapitel 2. Begreppet vårdkedja

Begreppet vårdkedja och dess teoretiska koppling till processorientering beskrivs i detta kapitel. Den praktiska utvecklingen och effekter av vårdkedjor, som skett såväl nationellt som internationell, beskrivs därefter.

Under de senaste decennierna har det pågått en modernisering av offentlig sektor i allmänhet och hälso- och sjukvården i synnerhet. Ett stort antal reformer har införts som svar på kritik om ineffektivitet, fragmentisering och dålig anpassning till medborgarnas/patienternas behov (Lindberg 2003). Ett flertal av dessa reformer har inneburit organisatoriska lösningar, som till exempel köp-sälj modeller, TQM (Total Quality Management) mål- och resultatstyrning, intraprenader och privatisering. Såväl språkbruk som idéer om organisering har hämtats från den privata sektorn och har sammanförts under paraplybegreppet NPM (New Public Management) (Almqvist 2004, Quist 2005, s 17). Syftet med de organisatoriska lösningarna har varit att bidra till bättre styrning, organisering, kontroll och effektivitet. Reformerna har mer handlat om formerna för hur verksamheten bedrivs än om innehållet, det vill säga de uppgifter som utförts i verksamheten (Lindberg 2003). En effekt av reformerna är att tydligare gränser skapats inom de offentliga verksamheterna, vilka bidrar till att det är möjligt att styra dem mot uppsatta mål och utvärdera dem med hjälp av kvantitativa och kvalitativa mått (Brunsson och Sahlin-Andersson 2000). Gränsskapandet har också medfört att det skett en tydlig renodling av verksamheterna och att snävare bedömningar görs av vilka uppgifter som faller inom ramen för den egna verksamheten. En följd av detta gränsskapande har blivit att

verksamheter organiseras och styrs på olika sätt, vilket bidragit till att kopplingen mellan olika offentliga verksamheter successivt blivit svagare (Lindberg 2003, s 1). Statsmakterna har därför lyft fram samverkan som en lösning på komplexa sociala frågor som hamnar inom den ”inter-organisatoriska domänen” (Statens Kvalitets- och Kompetensråd 2004). Argumenten för samverkan bygger i huvudsak på att offentliga resurser skall användas mer effektivt och att kvaliteten för individen (brukaren/patienten/kunden) skall ökas (Quist 2005). Samverkan innebär olika aktiviteter, där såväl interna som externa gränser kan överskridas. En viktig aspekt i samverkan är att den skall ses som en icke hierarkisk aktivitet där olika aktörer möts på lika villkor och med ett gemensamt intresse.

Intresset för vårdkedjan, tolkad som ”patientens väg genom vården” (Lindberg 2003, s 6, Trägårdh och Lindberg 2002), kan mot bakgrund av ovanstående ses som ett svar på kritiken, att medborgarnas/patienternas intresse och behov inte blivit tillgodosedda, i den utsträckning som önskats från statsmakternas sida. Gränser och revir mellan enheter och yrkeskategorier har lett till att det är svårt att koordinera aktiviteter i patientens behandling, särskilt om det omfattar insatser vid flera olika funktioner eller enheter. Orsaken är att det sällan finns någon bland vårdpersonalen som har ett sammanhållet ansvar och beslutsbefogenheter för hela vårdförloppet. Styrning och ledning är vertikal och på så vis gränsskapande, medan patientens väg genom vården är horisontell och gränsöverskridande, se figur 2.1.



Figur 2.1 Horisontellt värdeskapande – vertikal styrning
Källa: Statens Kvalitets- och Kompetensråd 2004, s 16

Gränsskapandet, det vill säga den vertikala styrningen, har lett till låg produktivitet och kvalitet men också brist på förnyelse (Sprui 1998, Trägårdh och Lindberg 2002, s 32, Åhgren 1999). Vårdkedjan ses som ett tidstypiskt organisationsideal, som syftar till att skapa en

samordnad horisontell struktur (Trägårdh och Lindberg 2002, s 6). I vårdkedjan sätts patienten i centrum och processer eller flöden betonas genom kedjemetaforen (Lindberg 2002, s 31). Begreppet står för möjligheter att överbrygga problem som uppstår då kontakter mellan olika vårdgrannar brister (ibid., s 52). Det finns med andra ord en utvecklingspotential i vårdkedjan eftersom den kan innebära att såväl nya verksamhetsformer som en mer rationell drift kan uppnås. Effektiviteten kan därmed ökas genom att förändra det praktiska sättet att arbeta i processerna.

En mer samordnad struktur antas få konsekvenser för såväl patienter som personal i vården (Hellesø och Lorensen 2005, Quist 2005, s 36). För patienternas del innebär det att deras vårdprocess kan ses som gränslös och att det är möjligt att utse en ansvarig för hela vårdförloppet. Sannolikt skapas en ”nöjd-kund/patient” med denna helhetsbild. En gränsöverskridande samverkan kan även bidra till att aktörerna ”thinking-outside-the-box”, det vill säga att se med nya ögon på problem som kan stimulera till kreativa lösningar (Quist 2005, s 36). Enligt Ellström (1996) kan man på så sätt få ett nytt perspektiv på det man redan vet. Även produktionsrelaterade vinster i form av dubbelarbete kan undvikas och tid sparas genom förbättrade rutiner och informationsöverföring, vilket leder till ett effektivare resursutnyttjande (Hellesø och Lorensen 2005).

För professionerna innebär en mer samordnad struktur att deras vårdutövning kan utvärderas på ett annat sätt än tidigare (Blomgren *et al.* 1999). Samordning i vårdkedjan antas ske genom ömsesidig anpassning, vilket bidrar till att man kan bestämma hur en arbetsuppgift skall utföras. Detta leder i sin tur till goda förutsättningar att standardisera färdigheter och kunskap genom att skapa specifika program för arbetsuppgifters utförande (Mintzberg 1983, s 4-8). Genom att kartlägga processen kan man också visa hur alla bidrar till slutresultatet, vilket kan leda till större förståelse, främst hos läkare, för vad som skapats och hur övriga led i vårdprocessen bidragit till detta (Blomberg *et al.* 1999). Tydliga strukturer medför också ett tydliggörande av var ansvar kan utkrävs, som i sin tur medför att grundläggande värderingar om vård på lika villkor kan upprätthållas (Trägårdh och Lindberg 2002). En standardisering av vårdkedjan medför att man kan se var verksamheten befinner sig, mäta den och därmed göra utvärderingar, vilket skulle kunna stärka patientens inflytande och insyn. Kontrollen för vårdtagaren och anhöriga skulle på så sätt kunna ökas genom standardiseringen i processen. Detta i sin tur leder till att samhällsideal som likabehandling, säkerhet och demokrati i vården också skulle kunna säkerställas (Quist 2005).

2.1 Processer och dess kännetecken

Processsynsättet kan förenklat uttryckt användas för flera ändamål: dels för att styra en verksamhet, dels för att förbättra och kvalitetssäkra den (Quist 2005, s 16). Det är vanligt att landsting/regioner använder processer för att förbättra och kvalitetssäkra verksamheten. I en enkätstudie som skickats till alla landsting/regioner i Sverige (totalt 21 stycken) framgår det att arbetet med att utveckla vårdkedjor är prioriterat och att de förväntas vara hörnstenar i den framtida sjukvården (Åhgren 2002, s 3ff).

Att använda vårdkedjor som ett medel för att uppnå en samordnad struktur innebär att det är vårdens kärnprocesser snarare än funktioner, som skall utvecklas. Vårdkedjans idémässiga bakgrund kommer från processororientering, som infördes under 1990-talet i Sverige (Rentzhog 1998, Hammer och Champy 1993). Tankegången bakom processororientering är att organisationer bör bryta upp sina funktions- och specialistinriktade verksamheter. Fokus bör i stället vara på verksamhetens kärnprocesser eller flöden och dess värdeskapande gränsöverskridande aktiviteter. Utgångspunkt vid identifiering av kärnprocesser skall vara kundvärdet, det vill säga att processerna skall bedömas utifrån det direkta värde de tillför kunden. Allt arbete som inte direkt bidrar till ett ökat kundvärde skall elimineras. På så sätt skapas utrymme för rationalisering och möjligheter att ”slimma” organisationen. Det är också viktigt att det sker kontinuerliga vardagsrationaliseringar för att upprätthålla organisationens kort- och långsiktiga effektivitetsutveckling.

Leffler (1996), som studerat vårdkedjor, gör tydliga kopplingar till näringslivets processororientering då han beskriver vårdkedjan enligt följande:

”Vårdkedjans idémässiga grund liknar den som finns inom den så kallade processmanagement-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” (Leffler 1996, s 2)

Den definition av vårdkedjor, som jag använder i min avhandling och som redovisades i kapitel 1 har kopplingar till processsynsättet. Genom en systemmässig utformning av vårdkedjan skapas en tydlighet om arbetsuppgifter (vad som skall göras) och arbetsfördelning

(vem som skall göra det) och därmed hur samordningen skall organiseras längs kedjans organisatoriska gränser och mellan olika vårdgivare (Leffler 1996, s 15).

Processorientering lanserades av Hammer och Champy (1993), som en motvikt till de förlegade principer för styrning som användes i det amerikanska näringslivet. Olika studier hade visat att verksamheterna sällan var inriktade mot kundens behov utan snarare mot att tillfredsställa företagets interna behov. Hammer och Champy förordade därför en radikal förändring av verksamheterna, en total omstrukturering, från funktionell till processuell organisering med hjälp av konceptet BPR (Business Process Reengineering). Genom att radikalt omdesigna verksamhetens affärsprocesser skulle det vara möjligt att höja effektiviteten enligt dem. Omstruktureringen skulle bidra till att dramatiska förbättringar i kritiska resultatmått som kostnad, kvalitet, service och fart kunde uppnås.

Konceptet har mött mycket kritik och anses kontroversiellt (McNulty och Ferlie 2002, s 6, Spri 1998, s 12). Det är framförallt fokuseringen på snabba förändringar och snabb implementering som kritiserats och att konceptet inte i tillräcklig utsträckning tar upp de sociala och psykologiska aspekterna av förändringar. Men kritiken har också förknippats med konceptets fokus på ekonomi och kommit att ses som liktydigt med nedskärningar och därmed kostnadsreduktioner.

Idén om vårdkedjan kan vara en tveeggad företeelse inom vården (Trägårdh och Lindberg 2002, s 55-56). Å ena sidan kan vårdkedjor uppfattas som en företeelse som funnits länge. Orsaken är att sjukvården organisatoriskt mer eller mindre liknar ett industriföretag, vilket är organiserat för att hantera flöden. Input är ett inflöde av "råmaterial" i form av olika sjukdomstillstånd, därefter finns "stationer" för bearbetning och utskrivning (output) samt kvalitetskontroll (feedback). Den här etablerade input-output-modellen kan därför medföra att vårdkedjor inte upplevs som en kvalitativ ny och främmande företeelse. Men å andra sidan kan begreppet vara en utmaning för etablerade enheter/funktioner. Betoningen ligger på flödet och den ömsesidiga anpassning, som behövs hos parterna i kedjan, vilket kräver en förståelse och vilja till förändring över professionsgränser. Detta leder till att tidigare huvudfokus på funktioner och samordning via vertikal auktoritet och inomprofessionella nätverk utmanas.

2.2 Effekter i praktiken av införande av vårdkedjor

Det finns idag ett samhällsklimat där krav och förväntningar på vården har ökat samtidigt som resurserna minskar eller stagnerar (Statens Kvalitets- och Kompetensråd 2004). Ett sätt att

möta dessa krav är att öka samverkan i de processer som löper mellan vårdgrannar. Idén om vårdkedjan kan ses som ett modernt ideal om ”rätt sätt att organisera företag på” (Røvik 2000). Vårdkedja ses som en standard som hälso- och sjukvårdens ledare kan använda sig av för att reformera och förändra sina organisationer. Med hjälp av begreppet antas de uppfylla de förväntningar, som generellt finns i omvärlden på att organisationer skall vara effektiva och kvalitetsmedvetna. Enligt Trägårdh och Lindberg (2002, s 35) uppfyller hälso- och sjukvården minst fyra moderna företeelser i och med användandet av vårdkedjekonceptet, nämligen kostnadseffektivisering, brett deltagande och samverkan, kvalitet och kundorientering.

(1) *Kostnadseffektivisering* uppnås genom användandet av processororientering, som i sin tur ger rationaliseringsmöjligheter. (2) Ett *brett deltagande och samverkan* behövs för arbetet med processororientering, vilket går över traditionella gränser. (3) *Kvalitet* befrämjas genom samverkan i de interna processerna. Detta uppnås genom att man kvalitetsmässigt strävar efter ”noll fel” i processerna. Inom sjukvården finns såväl ett medicinskt som omvårdnadsmässigt kvalitetsarbete, som sker via det så kallade QUL- konceptet,¹⁵ (Kvalitet, Utveckling, Ledarskap), som utgår från tanken att det lönar sig att ”göra rätt från början”. (4) Med hjälp av kvalitetsarbete kan också *kundorientering* uppnås.

Den utveckling av vårdkedjor, som hittills skett, visar dock att etablerade tanke- och handlingsmönster i sjukvården går trögt att förändra. Såväl internationella som nationella studier pekar på att förändrings- och samverkansprocesser tar tid (McNulty 2003, Trägårdh och Lindberg 2002, Åhgren 2002).

I det så kallade Sjukvårdsprogrammet, som pågick mellan åren 1995 och 1999 sattes organisationsfrågor i centrum. Programmet betonade samarbete och samverkan mellan olika huvudmän där lokal verksamhetsutveckling skulle ske med hjälp av processororientering (vårdkedjor) (Ekman Philips 2002, s 4f). Vårdkedjan sågs i programmet som ”flöden där verksamhetens objekt förädlas från råvaror till goda färdigprodukter” (Trägårdh och Lindberg 2002, s 33). Vårdkedjor betraktades i programmet på ett mjukare sätt, än jämfört med den mer radikala BPR-tanken, som beskrevs ovan. Verksamhetsutvecklingen syftade således inte till att förändra verksamheterna och dess funktionella uppbyggnad. Snarare sågs flödesmodellen

¹⁵ QUL-konceptet bygger i sin tur på TQM (Total Quality Management), som syftar till en offensiv kvalitetsutveckling.

som en språklig konstruktion för att förbättra samordningen mellan delarna i ”produktionsprocessen”, som löper horisontellt. I programmet ingick 19 sjukvårdsprojekt vilka involverade primärvård, sjukhusvård och kommunal vård och omsorg över hela landet. Inom programmets ram etablerades såväl nätverk som horisontell kommunikation i syfte att bryta upp de hierarkiskt styrda kommunikationsmönster, som i fortsärande i huvudsak präglar vårdens organisationer.

Trägårdh och Lindberg (2002, s 37) fördjupade sig i sju av dessa projekt, där de fokuserade på hur man använde sig av begreppet vårdkedja¹⁶ i det praktiska utvecklingsarbetet. Projekten uppvisade två sinsemellan olika grupperingar: en som hörde hemma i sjukhusvården medan övriga hade sitt ursprung i eller bedrevs i primär- och kommunala vården. Sjukhusprojekten var inriktade på att undersöka de olika patientinsatser, som förekom mellan enheter, som var vagt kopplade såväl organisatoriskt som behandlingsmässigt. Det fanns i dessa projekt inget intresse av att förnya vårdens organisation. Inom sjukhuset bedömde man snarare att man redan var såväl kostnadseffektiv som hade hög kvalitet i arbetet, vilket ledde till att projekten kom att användas till att försvara verksamheten mot ytterligare förändringar. Det centrala i projekten blev med andra ord att bevisa att verksamheten redan bedrevs resurssnålt och med en kvalitet, som resurstilldelningen tillät samtidigt som man visade god vilja att använda ett modernt organiseringskoncept.

I den andra grupperingen, primär- och kommunalvården, användes vårdkedjebegreppet primärt för att lösa ett gammalt organiseringsproblem av interorganisatorisk karaktär. Utgångspunkten var upplevda kvalitetsbrister i vården. Arbetet inriktades på patienternas alla kontakter med sjukvården och begreppet vårdkedja tolkades utifrån ett patientperspektiv. De inblandade såg den egna verksamheten, som en del av ett större sjukvårdssystem varför projekten inriktades på att öka helhetsförståelsen genom dialog över huvudmannagränser. Det fanns en insikt om att det föreligger ömsesidiga beroenden mellan dem men att det brast i kunskap om procedurer och rutiner vid vårdövergångar (ibid., s 53). En viktig aspekt i projekten blev betoningen på utveckling av sociala relationer så att personalen tillsammans

¹⁶ Enligt Trägårdh och Lindberg utgör begreppet vårdkedja bara ett av flera möjliga språkliga uttryck för att beskriva en helhet utifrån patient- eller sjukdomsförlopps-perspektivet (ibid., s 33). Andra närbesläktade uttryck är vårdepisod och vårdprogram. Begreppet vårdepisod avser samliga vårdinsatser och de kontakter, som en patient har med sjukvården utifrån sitt specifika hälsoproblem. Eftersom vårdepisoder avser det som hänt kan de tas fram först i efterhand. Begreppet vårdprogram däremot anger hur en patient skall diagnostiseras och behandlas utifrån vissa symptom eller sjukdom.

skulle kunna lösa problem som fanns i den operativa verksamheten. Detta tillvägagångssätt innebar att både en mer rationell drift uppstod men också att en utveckling av deltagarna skedde genom kommunikation och socialt samspel.

Trägårdh och Lindberg (2002, s 57) menar att de studerade projekten kan hänföras till en av två idealtyper: (1) tekniskt-rationella inomorganisatoriska projekt i syfte att primärt förstärka legitimiteten och strategiskt försvara verksamheten och (2) dialogorienterade interorganisatoriska projekt, som syftar till att utveckla interorganisatoriskt samspel på operativ nivå. Denna utveckling menar de kan tillskrivas de olika förutsättningar, som finns inom vårdsektorn för att bedriva rationaliserings- och utvecklingsarbete. När hälso- och sjukvården kritiseras för bristande kvalitet, att vara svårstyrd och har höga sjukvårdskostnader är det i första hand sjukhusvården som granskas och utsätts för förändringar (ibid., s 56). Eftersom man på den operativa nivån inom deltagande sjukhus sällan upplevde att man var improduktiv eller hade bristande kvalitet kom de nya managementkoncepten att användas som ammunition för att visa att verksamheten var såväl kostnadseffektiv som högkvalitativ. Det skedde därför ingen större organisatorisk utveckling i sjukhusprojekten till skillnad från de interorganisatoriska projekten. I dessa fanns en potential att skapa en mer rationell drift samt skapandet av nya arbetsformer. Trägårdh och Lindberg (ibid., s 52) framhåller därför att det sammanhang eller den vårdkontext som projekten formades i var central och kom att påverka utvecklingen av projekten mot olika innehåll.

Även Åhgren (2002) har intresserat sig för vårdkedjor och hur de utvecklats inom sjukvården. I en enkätstudie, som skickades till samtliga 21 sjukvårdsdirektörer eller motsvarande inom landsting/regioner, framgår det att det främsta syftet med utvecklingen av vårdkedjor var att förbättra vårdkvaliteten. Några få landsting/regioner framhåller dock att syftet var rationalisering av verksamheter. Enkätstudien visar att arbetet med vårdkedjor är prioriterat samtidigt som antalet utvecklade vårdkedjor är litet. Cirka hälften av landstingen har utvecklat mellan en till tio vårdkedjor under de senaste fem åren. Hälften av dessa omfattade olika typer av kroniska sjukdomar, som till exempel diabetes och demens, där vårdkedjorna byggde på vårdprogram eller medicinska riktlinjer. Resterande vårdkedjor omfattade dels akuta tillstånd (28 %), som till exempel bröstsmärta, stroke eller höftfraktur dels samarbete

mellan landsting och kommun avseende vård och rehabilitering för äldre patienter (13 %) dels sjukdomstillstånd som cancer och palliativ vård¹⁷ (9 %).

Men även om arbetet med vårdkedjor är prioriterat visade enkätresultatet att sju av tio landsting/regioner var tveksamma till om de lyckats utveckla vårdkedjor på ett framgångsrikt sätt (ibid., s 6). Skälen, som angavs, var starka revirgränser mellan professioner och funktioner, hot mot existerande maktstrukturer men också avsaknad av incitament att samverka samt brist på omfördelning av befogenheter till vårdkedjeledare eller motsvarande befattningshavare (makt och ansvar ligger kvar i den vertikala organisationen). Endast inom ett landsting fanns det rutiner för att utse ansvarig befattningshavare för en specifik vårdkedja. Utvecklingsarbetet hade inte heller inneburit att landstingen genomfört några väsentliga förändringar i sina rutiner för styrsystemen. Endast fyra av tio anger att man i begränsad omfattning gjort denna typ av förändring. När så har skett är det beställarorganisationen som upphandlat sjukvård för hela vårdkedjor, istället för som traditionellt i form av operationer, läkarbesök, vårdtillfällen etc. Enligt Åhgren (ibid., s 9) visar dessa orsaker att det är svårt för sjukvårdsledningar, att driva förändringsarbete från en ”top-down”-position och få gehör för mål som inte står i samklang med vårdpersonalens värderingar. För att få genomslag är det centralt att ledningen tar hänsyn till de professionellas värderingar eftersom de styr det dagliga handlandet inom vården. Av tradition ses effektivitetsproblem i vården snarare som medicinska, vilka kan lösas med bättre vård snarare än genom bättre organisation (Blomgren *et al.* 1999).

Även internationellt visar studier att transformationen av hälso- och sjukvården utifrån ett processperspektiv är problematisk och i viss mån paradoxal. Rent generellt visar studierna att förändrings- och samverkansprocesser tar tid (McNulty 2003). Crump (2002) har studerat hur integreringen av vårdkedjor (ICP:s, Integrated Care Pathways) i Storbritannien har skett. Han framhåller att integreringen mellan olika professionella aktörer inte är så lätt och procedurdriven som ofta anförs retoriskt. Om integrering av olika arbetspraktiker skall kunna ske, behövs enligt honom en utveckling av ett språk, som möjliggör att personal kan beskriva och tänka i transdisciplinära och gränsöverskridande termer. Det saknas idag ett sådant språk menar han och förordar en språkutveckling för att motverka att personal arbetar i motsatt

¹⁷ Vård i livets slutskede.

riktning och skapar säkra och politiska enklaver där integrationsarbetet reduceras eller motarbetas.

McNulty och Ferlie (2002, s 123) har utvärderat olika BPR-program, som pågick mellan 1992 och 1997, på ett engelskt undervisningssjukhus kallat LRI (Leichesther Royal Infirmary). De konstaterar att resultaten i den professionella praktiken endast blev "some pockets of change" (ibid., s 362). De menar att förklaringen till detta magra resultat skall sökas i de NPM-reformer som tidigare genomförts. Reformerna fokuserade på rationell mål- och resultatstyrning, det vill säga funktionalitet, medan senare reformer har fokuserat på ett processuellt arbetssätt. Att få till stånd ett processuellt arbetssätt har varit svårt, särskilt som även belöningsstrukturen har byggt på ett vertikalt synsätt. Detta har ytterligare stärkt den funktionella uppbyggnaden genom de rapporteringsmönster, som uppstått. Det är lite av ödets ironi, framhåller de, att tidigare offentliga reformer vars intentioner har varit att skapa en effektivare och bättre styrning visar sig gå "stick i stäv" med den nya processbaserade styrningen (ibid., s 362).

Detta utvecklingsdilemma har uppmärksammas av Brunsson och Sahlin-Andersson (2000), som menar att den betoning på organisation, som skett under de senaste decennierna inom offentlig verksamhet, förstärker såväl identitet, rationalitet som hierarki. Inom sjukvården har detta inneburit att åtgärder som syftat till att försvaga professionsidentiteten och förstärka organisationsidentiteten också medfört starkare gränsdragningar mellan vårdorganisationer och tydliga hierarkier inom organisationerna (Trägårdh och Lindberg 2002, s 65).

Sammanfattningsvis visar ovanstående studier att transformationen av hälso- och sjukvården mot en mer processorienterad och patientfokuserad organisation är problematisk. Traditionellt har professionerna, främst läkare men även sjuksköterskor, arbetsterapeuter och psykologer, haft och har ett stort inflytande i vården. De arbetar självständigt och har i stor utsträckning kontroll över verksamhetens utförande genom sin expertkunskap (Blomgren *et al.* 1999, Östergren och Sahlin-Andersson 1998, s 17). Att genomföra organisationsförändringar i sjukvården utifrån en "top-down"-styrning fungerar inte i en sådan kontext, visar reformförsök. Snarare handlar det om förankring och legitimitet när det gäller förändringsarbete (Blomgren *et al.* 1999, s 11, Östergren och Sahlin 1998, s 15). Detta eftersom läkare, och i viss mån sköterskor, fortfarande förblir huvudgrupper med makt att blockera förändringar. McNulty och Ferlie (2002) framhåller att en viktig lärdom, som kom

fram vid deras utvärdering av BPR-program var att det är mycket viktigt att ha läkarnas engagemang och medgivande för att lyckas med processorientering.

I min studie har jag ställt frågan hur man har agerat i planeringsprocessen för att skapa förutsättningar för ett processtänkande där de professionella grupperna ges inflytande. En viktig aspekt i det sammanhanget är hur en sådan förändring organiseras och genomförs.

Kapitel 3. Teoretisk referensram – förändringsstrategier

I detta kapitel presenterar jag Svensson och von Otters (2002) tre övergripande förändringsstrategier, vilka jag valt för att analysera och förstå utvecklingen i projekt Botvid. De tre strategier som behandlas är planerings-, aktiverings- och nätverksstrategin. Beskrivningen av dem utgår från teori och praktik samt kritik som framförts mot dem. Kapitlet avslutas med en schematisk översikt av strategierna utifrån ett antal kännetecken.

Jag har använt mig av Svensson och von Otters (2002, s 22) tre förändringsstrategier: planerings-, aktiverings-, och nätverksstrategier¹⁸ för att analysera organiserandet och genomförandet av projekt Botvid.

Strategierna kan ses som tre teoretiska modeller över hur ett utvecklingsarbete kan bedrivas samtidigt som de utgör olika perspektiv på utvecklingsarbete. Ett perspektiv är enligt Svensson och von Otter (ibid., s 146) mer grundläggande än en teori och innebär ett förhållningssätt, som i sig innehåller flera teorier. Ett pluralistiskt synsätt är viktigt för att få en fördjupad och kompletterande förståelse av ett utvecklingsarbete menar de. De framhåller också att strategierna bygger på en omfattande och systematisk genomgång av projekt, både i teori och praktik. På det analytiska planet är strategierna varandras motsatser men i

¹⁸ Enligt Hart (1999, s 116) finns det ofta mer eller mindre explicit dominerande synsätt på hur verksamheter skall styras men också förändras. Enligt honom är en förändringsstrategi därför en form av lokal teori för verksamheten.

verkligheten överlappar de varandra. Strategierna kan användas parallellt men de kan också ses som en utveckling över tiden, där nätverk som utvecklingsmetod nu är i fokus (ibid., s 25).

Att jag valde dessa förändringsstrategier beror på att jag startade min studie med observationer på fältet. Jag hade ingen klar teoretisk frågeställning vid starten utan snarare en undran om varför det var så svårt att få saker och ting att fungera i flödet mellan berörda vårdaktörer. Undran bottnade i mina egna erfarenheter, som stöd för åldriga föräldrar, i våra kontakter med primärvård, specialistvård och kommunal äldreomsorg. De tre förändringsstrategier som jag använder är dock inte slumpmässigt valda utan bygger på insikter som jag efterhand fick genom de intervjuer jag gjorde med projektledarna i projekt Esther och Botvid, samt verksamhetschefen och initiativtagaren till projekt Botvid. Det framkom vid intervjuerna att man använde sig av en projektplan och en projektorganisation för att styra och följa upp projekten. Initiativtagaren och eldsjälens i projekt Botvid, framhöll tydligt att projektets framgång byggde på engagemang och involvering av berörda nyckelpersoner/vårdpersonal för att ta fram lösningar på upplevda problem. Han visade mig också den projektansökan, som gjordes till EU Mål 3 där det framgick att nätverksaktiviteter skulle utvecklas i projektet. Detta sammantaget gjorde att jag sökte organisationslitteratur och forskning som berörde planering och styrning av projekt, aktivering och engagemang i projekt samt skapandet av nätverksaktiviteter/relationer. Detta sökande ledde mig så småningom fram till valet av Svensson och von Otters tre strategier.

3.1 Planeringsstrategin

I planeringsstrategin ses förändring huvudsakligen som ett behov att fylla ett gap mellan ett önskvärt tillstånd och ett nuvarande (Hart 1999). Det antas vidare att det är ledningen som har nödvändig och tillräcklig kunskap, men också erfarenheter för att kunna genomföra förändringen. Direktiv och riktlinjer kommer uppifrån om vad som skall förändras och hur förändringen skall gå till. Organisationsmedlemmarna, som finns representerade i olika styrgrupper, engageras för att anpassa verksamheten till de givna direktiven. Med andra ord kommer de in sent i förändringsprocessen och de spelar därmed en underordnad roll fram till att förändringen är fastställd av ledningen.

Traditionell projektledningslitteratur fokuserar på hur projekt planeras, styrs och utvärderas (Maaninen-Olsson, 2004, s 3, Packendorff 1993, Söderlund 2002, s 19). Litteraturen kan karaktäriseras som ”handböcker” av normativ karaktär och där det framhålls att ett projekt normalt initieras för att lösa en preciserad uppgift utifrån ett upplevt problem eller behov av

utveckling. För att nå detta önskvärda tillstånd (mål) behövs (projekt) planering. En vanlig rekommenderad struktur vid planering i litteraturen är följande: beslut → projektbudget → bemanning → uppdrag → projektdirektiv → projektplanering → uppföljning och ev. justering (Engwall 1999, Wisén och Lindblom 1999, Stuckenbruck 1996). Projektplanering bygger på en logik där olika aktiviteter följer på varandra så att ett visst förutbestämt arbete blir utfört, i tid och inom en given kostnadsram. Det finns en tydlig kausal koppling mellan målet (vad som skall göras) och medlen (hur det skall göras). Planering bidrar därmed till att reducera komplexitet och osäkerhet i ett projekt genom att dela upp uppgiften i olika delar (Söderlund 2002, s 82).

I organisationslitteratur framhålls vikten av en effektiv och rationell projektledning för att projektmål skall uppfyllas och projektet skall bli framgångsrikt (Maaninen-Olsson 2004 s 4). Det är uppgiften som styr såväl utformning av projektorganisation som val av projektledare. I stort sett all projektlitteratur riktar sig därför mer eller mindre till en yrkesverksam projektledare (Engwall 1999, s 66). Enligt Stuckenbruck (1996, s 5) är projektets framgång avhängigt av att toppledningen ”väljer rätt person som projektledare”. En skicklig projektledare bör kunna definiera, planera, schemalägga, styra, kontrollera och följa upp projektarbetet (Ahrenfelt 2001, Bruzelius och Skärvad 2000, Engwall 1999, Jansson och Ljung 2004, Normann 1975, Lidman 2003, Packendorff 1993). Projektledarens roll i ett planeringsstyrt projekt handlar om att få deltagarna att göra det som redan är bestämt, det vill säga planerat. Deltagarna antas vara resultatorienterade och engagemanget hos dem antas öka om de kan relatera sina ansträngningar till de gjorda framstegen (Holmberg och Naessén 1995, s 74ff). Projektledaren bör därför ha en kompetens som bygger på uppgiftsorientering snarare än relationsorientering. Det är sällsynt att kvinnor är projektledare i projekt som finns inom typiska manliga områden, som försvars-, bygg- och anläggningsindustrin (Svensson och von Otter 2002, s 152). Snarare finner man dem oftare som projektledare för aktiverings- och nätverksstyrda projekt.

För att nå framgång i planeringsstyrda projekt är det viktigt för projektledaren att involvera chefer och experter (Lewén och Philip 1998, s 87ff, Stuckenbruck 1996, Wisén och Lindblom 1999, s 208ff). Dessa chefer och experter finns i linje- eller driftsorganisationen där de förvaltar resurser och kompetenser, som projektet kan utnyttja. Men att involvera chefer och experter är inte helt oproblemiskt trots att projekt är tillstyrkta av den högsta ledningen. Chefer och experter är vanligtvis starkt styrda av sin placering i linjeorganisationen och de

kan därför i praktiken visa sitt missnöje på olika sätt genom att till exempel avstå från att ta fram nödvändiga uppgifter i tid, visa bristande engagemang eller utebli från möten genom att hänvisa till att det löpande arbetet tar överhanden. Dessa störningar eller konflikter antas dock ej förekomma enligt planeringsstrategin. Snarare förväntas ett projektuppdrag flyta effektivt och snabbt om det genomförs med en effektiv projektledning, det vill säga på ett rationellt sätt. Utgångspunkten är att det råder harmoni i projektorganisationen, vilket innebär att projektledaren inte alls behöver bekymra sig om intressekonflikter eller att målen kan vara osäkra eller att projektet inte är tillräckligt förankrat. Projektledaren antas därför fungera som en neutral observatör (Svensson och von Otter, 2002, s 40).

För att underlätta planering, styrning och uppföljning av ett uppdrag skapas en projektorganisation. Den skall bidra med förutsättningar för en god samordning av arbetet så att man med hjälp av de resurser som finns i projektet uppnår uppsatta mål inom den givna tids- och budgetramen. En vanlig projektorganisationsstruktur innehåller uppdragsgivare/projektbeställare, styrgrupp, referensgrupp, själva projektgruppen samt projektledaren (Wisén och Lindblom 1999, s 92 ff, Jansson och Ljung 2004, s 57ff).

Uppdragsgivare är ofta en person i ledande ställning som svarar för direktiv och inriktning på projektet. Styr- och/eller ledningsgrupp beslutar om ramar och resurser, följer upp projektet samt initierar eventuella åtgärder som är nödvändiga för att fullfölja projektet. I styrgruppen ingår ofta ett flertal chefer, såväl interna som externa, vilka har nyckelroller för projektet. Genom denna sammansättning kan viktiga frågor direkt diskuteras med de chefer som påverkas mest av projektet och som har en bra bild av projektets kort- och långsiktiga effekter. Det egentliga förändrings- eller utvecklingsarbetet utförs av en projektgrupp vars sammansättning är beroende av det problem som skall lösas. Det är viktigt att de olika grupperna i projektorganisationen har klara roller och ansvar samt samspelar för att projektet skall bli framgångsrikt (Svensson och von Otter 2002, s 126).

Planeringsstrategin grundar sig på en rationell beslutsmodell. En sådan modell bygger på att mål fastställs, alternativa handlingsvägar samt dess konsekvenser för att nå målet tas fram. Det alternativ som ger högst måluppfyllelse skall sedan väljas och genomföras. Planeringen antas vidare bli effektiv genom att planeringsmanualer, organisationsdiagram, checklistor, budgetberäkningar etc. används för att följa upp och kontrollera projektet samt göra korrigeringar vid eventuella avvikelser (Handbok i projektarbete 1997, Holmberg och Naessén 1995, Jansson och Ljung 2004, Ortman 1999, PMBOK Guide 2003, Stuckenbruck 1996, Wisén

och Lindblom 1999). Man kan därför säga att planeringsperspektivet representerar ett tänkande och tekniker, som i huvudsak bygger på ett administrativt tekniskt och ingenjörsmässigt synsätt. Det har praktiska fördelar genom att det är enkelt, överskådligt och har tillgång till en stor arsenal av metoder för till exempel planering, kalkylering och uppföljning. Perspektivet bygger också på att organisationen har en tydlig uppgift i en stabil omvärld, att ingen större förändring av verksamheten skett över tiden, att planerings- och kalkylmetoder är precisa, men också att de anställda är lojala medarbetare och följer instruktioner (Svensson och von Otter, 2002, s 150). Synen på verkligheten i planeringsmodellen är att den antas bestå av enskilda delar som kan bytas ut och sättas ihop, vilket leder till att allt är möjligt att förutsäga, förutsatt att man känner till de enskilda delarna. Helheten kan därför förstås som summan av de olika delarna. Detta leder till att det i ett projekt anses möjligt att isolera de delar som kan orsaka störningar i systemet. En vanlig metafor för detta synsätt är att beskriva organisationen som en ”maskin” (Morgan 1986), det vill säga som ett slutet maskinsystem.

3.1.1 Användning av planeringsstrategin

Planeringsstrategin med sina färdiga lösningar och rationella ansats är mycket populär och mycket vanligt förekommande i utvecklingsarbete. Projektformen används inom en rad områden, exempelvis för utredningar och forskningsuppdrag, i utbildningssammanhang, etablering på nya marknader, införandet av datasystem, vid innovationer för ny teknik, för regional utveckling (Holmberg och Naessén 1995, Jansson och Ljung 2004). Att rationell planering är så spridd och populär beror på att projekt kan ses som lösningar på den västerländska kulturens önskan om framåtskridande och framtidstro, där det vetenskapliga ingenjörstänkandet har stor betydelse för framgång (Blomberg 1998). Men även om planeringsstrategin är populär så finns det mycket kritik mot den.

3.1.2 Kritik mot planeringsstrategin

Många kritiker menar att planeringsstrategins antaganden är orealistiska (Blomberg 1998, Brunsson 1985, Engwall 1999, Sahlin-Andersson 1996). De menar att det inte är möjligt att tillämpa ett detaljerat planeringstänkande och en maskinsyn när omgivningen blir allt mer föränderlig. Snarare måste det skapas en beredskap för att möta nya och oväntade problem med hjälp av ett prövande och lärande enligt kritikerna.

Sahlin-Andersson (1996, s 118ff), som studerat stora projekt visar i sin forskning att planerings- och kalkylmetoder mer fungerar som politiska instrument. Hon visar att efterhand som ett projekt ”växer fram” kommer olika aktörer att bli mer och mer involverade, vilket medför att det kan vara svårt att stoppa ett projekt som ”är på gång”. Hon fann att när motstånd och kritik uppstod i ett projekt löstes det genom mer information och övertalning snarare än genom att diskutera omprövningar. En annan aspekt som hon lyfter fram är att stora projekt är komplicerade och innehåller mycket osäkerhet, varför det knappast går att använda sig av detaljerad planering och kalkylering. Kalkylerna blir efterhandskonstruktioner och bygger på finansiärernas krav snarare än underlag för det egentliga beslutet. Därför menar hon att det är lämpligare att tala om lösningsdrivna processer eftersom få distinkta valtillfällen kan identifieras (ibid., s 135).

Blomberg (1998) kritiserar antagandet att projekt har fasta och entydiga mål. Han framhåller att mål förändras under projekttiden samtidigt som det är svårt att fastställa gemensamma mål. Han argumenterar också för att det tycks vara så att lyckade projekt frångår uppsatta mål och istället är flexibla och anpassar sig till vad som är möjligt i olika situationer. Han kritiserar därmed synen att lyckade projekt ses som välplanerade. Sahlin-Andersson (1996, s 119) menar att lyckade projekt kan bero på tillfälligheter och oförutsedda händelser utanför projektdeltagarnas kontroll. Hon framhåller också att om det finns flera syften kopplade till ett projekt ger det projektet ett brett stöd eftersom många kan se projektet som ett medel att uppnå sina egna syften. Då kan alla aktörer handla rationellt utifrån olika mål och intressen medan ingen däremot handlar utifrån de officiella målsättningarna med projektet (ibid., s 123).

Föreställningen att lyckade projekt ”håller såväl tids- som kostnadsbudgeten” kritiseras av Blomberg (1998). Han hänvisar till forskning som visar att lyckade projekt sällan håller budgeten, att de ofta tar mer tid i anspråk än planerat och att det ofta saknas objektiva kriterier för projektframgång. Morris och Hough (i Segelod 2004) granskade 32 stora investeringar och fann att samtliga projekt uppvisade en större slutkostnad än beräknat. Det fanns också en samvariation med tiden, det vill säga att ju längre tid ett projekt tog desto dyrare blev det (ibid.). Studier har visat att det ofta sker påtryckningar utifrån, särskilt när tidsplaner skall hållas (Sahlin-Andersson 1989, s 76). Om en ”deadline” för projekt fastställs och kopplas till ett större evenemang av något slag, till exempel en invigning eller tävling, ökar sannolikheten för att tidsplanen hålls.

Blomberg (1998) kritiserar även antagandet att se organisationen som ett slutet system. Han menar att verkligheten snarare är ett öppet system med öppna villkor. I ett öppet system förändras omvärlden hela tiden och därmed förutsättningarna för ett projektarbete. Följaktligen påverkas såväl metoder som mål varför en anpassning i dessa variabler behövs allteftersom villkoren förändras. Det till synes irrationella i en organisation är därför ett funktionellt och nödvändigt agerande i en föränderlig och komplex värld (Brunsson 1985, 1989). I en komplex organisation där omvärlden konstant ändrar sig är även beslutsprocessen komplex och svår att förklara utifrån enkla antaganden om samband mellan planering, handling och resultat (Powell och DiMaggio 1991). Sahlin-Andersson (1989) beskriver exempelvis det svenska Globenprojektet som ett projekt vars villkor förändrades under projektets gång. Från början var det ett arkitektförslag på en ny idrottsarena, men blev i slutänden ett spektakulärt fastighets- och markprojekt.

Ytterligare en kritik mot planeringsstrategin är att den negligerar makt- och intressekonflikter som finns i en organisation (March 1988, Svensson och von Otter 2002, s 151). Den harmonisyn som finns stämmer inte med forskningsresultat eftersom de visar att det finns makt-, status- och revirstrider mellan olika hierarkiska nivåer inom och mellan olika avdelningar, mellan skilda yrkesgrupper, mellan män och kvinnor, mellan anställda och ledning¹⁹ (Axelsson 2000, Pfeffer och Moore 1980, Blomgren *et al.* 1999, Östergren-Sahlin 1998). Enligt kritikerna måste därför den ingenjörsmässiga synen på projektledning kompletteras med sociala och psykologiska faktorer för att förstå hur ett projekt skall genomföras och bli framgångsrikt (Söderlund 2002). Projekt utformas inte i ett vakuum utan finns i en kontextuell miljö, varför frågor om makt, intressen, status, värderingar och traditioner påverkar projektet och dess utveckling. De teoretiska antaganden om rationalitet som utgör grunden för planeringsstrategin är enligt kritikerna därför inte adekvata (Blomberg, 1998, Engwall 1999, Sahlin-Andersson 1996). Kritiken har lett till att den traditionella och normativa projektledningslitteraturen kompletterats med en deskriptiv projektledningslära där vikten av den omgivande kontexten träder fram. Projekt kan inte ses som isolerade fenomen

¹⁹ I en avhandling av Jan Wickenberg vid Chalmers med titeln "Exploring the shadows of project management" (2004) visar han att det är viktigt att lyfta fram och diskutera även de informella systemens funktion, det vill säga frågor av politisk art som till exempel vilka medarbetare som motarbetar projektet. Enligt honom får en projektledare via projektets styrgrupp respons och ledning av mer "ofarlig" natur medan projektets framgång även beror på politiska intressen hos olika aktörer i projektet. Wickenberg föreslår därför att man skall inrätta informella stödsystem som legitimerar det informella systemet.

utan är påverkade av sin historia och omgivning men också sin framtid (Engwall 1999, Maaninen-Olsson 2004, Sahlin-Andersson 1996).

Trots en mängd begränsningar, misslyckanden med och kritik mot traditionell planeringsstrategi är den fortfarande mycket populär. En orsak anses vara att modellen bygger på ett ideal om rationalitet vilket gör den legitim. Detta medför att ansvariga, finansiärer, myndigheter och allmänhet kan se att ett projekt knyter an till beprövad praxis och den förändringsteori som är aktuell (Svensson och von Otter 2002).

3.2 Aktiveringsstrategin

Den ökade konkurrensen har medfört att det blivit allt viktigare för såväl privata som offentliga företag att förändra sin verksamhet, organisation och arbetsätt i takt med nya och högre krav från sin omgivning. Organisationer ses som öppna system som måste anpassa sig och lära av såväl egna som andras erfarenheter (Argyris och Schön 1995, Brunsson 1989). Lärandet handlar om att få ett nytt perspektiv på det man redan vet (Ellström 1996). En tanke med samverkan i till exempel vårdkedjor är att aktörerna skall börja ”thinking-outside-the-box” det vill säga se med nya ögon på sådant som redan är känt (Quist 2005, s 36). För att uppnå en förståelse för situationen krävs att de som berörs engageras och ges tillfälle till diskussion och idéutbyte. För att klara detta behövs flexibilitet, lokal anpassning och ett utvecklingsarbete som kan fortsätta också efter projekttidens utgång.

Aktiveringsstrategin ses som ett alternativ att skapa dessa förutsättningar och motverka de brister som planeringsstrategin uppvisar. Strategin syftar till ett bredare engagemang och inflytande för dem som finns i driftorganisationen. Engagemang och involvering anses särskilt viktigt när det gäller så kallade mjuka utvecklingsprojekt (Gustavsen 1990). Sådana projekt syftar vanligtvis till att förändra relationer, värderingar och förhållningssätt i en verksamhet (Ahrenfelt 2001, Angelöw 1990, Gustavsen 1990). Det är också viktigt att ha stöd från högsta ledningen vid denna typ av projekt (Svensson och von Otter 2002, s 54). Detta eftersom kultur, värderingar och normer anses kunna såväl underlätta som försvåra ett utvecklingsarbete. Inom hälso- och sjukvården, som utmärks av starka professionella grupper, särskilt läkare, anses det synnerligen viktigt att dessa grupper är involverade i förändringsarbetet för att förväntade effekter skall uppnås (Aidemark 1998, Axelsson 2000, Blomberg *et al.* 1999, Lindvall 1998, McNulty och Ferlie 2002, Östergren och Sahlin-Andersson 1998).

Den organisationsutveckling som skett under senare år kan ses som policy- och konceptdriven (Røvik 2000, s 13). Vanliga koncept som används är projektorganisering, förändringsledarskap, målstyrning, reengineering, kvalitetssäkring etc. Koncepten ses som institutionaliserade standarder och ”det moderna sättet” att organisera på (ibid.). En viktig utvecklingstendens är också att ett utvecklingsarbete skall ge upphov till ett mer varaktigt lärande i det samspel som individen eller gruppen har med sin omgivning (Ellström 1996).

En vanlig teknik för att komma igång med ett utvecklingsprojekt är sök- eller dialogkonferenser (enbart dialogkonferenser i det följande) (Chisholm 1998, s 40f, Gustavsen och Hofmaier 1997, s 61). Vid en dialogkonferens samlas deltagare från olika arbetsplatser under en eller ett par dagar för att identifiera vad man står (nuläge), bestämma vad man vill uppnå (målet), visa på hinder och problem samt att ta fram metoder och idéer för att lösa problemet/problemen (Gustavsen och Hofmaier 1997, s 62). Konferensen bygger på demokratiska dialoger som innebär ett aktivt meningsutbyte om synsätt, idéer och argument mellan samtliga deltagare. I dialogerna skall deltagarna visa respekt och förtroende för varandra, delta på lika villkor och utifrån sin yrkeserfarenhet. Dialogerna skall producera överenskommelser som sedan ligger till grund för praktiska åtgärder.

Genom dialogkonferenser skapas förutsättningar för ett idé- och erfarenhetsutbyte, som kan bidra till att ett lärande kan uppstå, vilket krävs om man skall kunna få ett nytt perspektiv på det man redan vet. Den arbetsmetodik, som tillämpas i konferensen bygger på att det är de praktiska och sociala utgångspunkterna, som styr deltagarnas handlande och därmed deras lärande och kunskapsbildning (Ellström 1996). I dialogen kan deltagarna komma fram till en gemensam förståelse och insikt, både om sig själva och om sin relation till omgivningen. Det är viktigt att en organisation kan uppvisa en förmåga att lära av såväl egna (Argyris och Schön 1996, s 3) som andras erfarenheter (Brunsson 1989). Detta eftersom förändringar, innovationer eller omorientering antas kunna ge upphov till såväl individuellt som organisatoriskt lärande, vilket ses som positivt för organisationen. Förutsättningen är dock att det sker en spridning av kunskap och att den kommuniceras till andra inom eller utom organisationen (Müllern och Östergren 1995, s 17). Genom att samverka inom eller mellan organisationer antas en spridning vara möjlig, som kan bidra till ett mer långsiktigt lärande. Studiebesök kan ses som ett medel att sprida erfarenheter och praktiskt handlande där besöket bygger på principen ”lika lär lika” (Gustavsen och Hofmaier 1997, s 37). Genom att göra studiebesök hos excellenta organisationer/enheter kan man dra lärdom av deras erfarenheter

och kunskaper. Ett vanligt namn för denna typ av lärande och imitation är ”benchmarking” eller ”best practice” (Karlöf 1997). Auskultationer är en variant av studiebesök, som innebär personliga besök. En eller flera personer följer en annan person under längre eller kortare tid för att ta del av dennes dagliga handlande. Genom att följa en person på nära håll kan besökaren få nya insikter och kunskaper men även förståelse för hur andra personer arbetar med besluts- och problemlösningar i olika aktivitetskedjor. Auskultationer är vanligt förekommande inom sjukvården där samma eller olika yrkeskategorier auskulterar hos varandra (intervju projektledare 030415).

Aktiveringsstrategin antas underlätta den flexibilitet som är nödvändig då många intressenter i samverkan skall lösa uppkomna problem och pröva sig fram till insikt och förståelse. Strategin antas skapa engagemang eftersom den berör den egna arbetssituationen och arbetsmotivationen (Ortman 1999, Svensson och von Otter 2002). Strategin innebär att den enskilde får ta eget ansvar för sina handlingar, men eftersom man arbetar tillsammans med andra intressegrupper/yrkesgrupper uppstår även ett kollektivt ansvar för utvecklingsarbetet.

I aktiveringsstrategin ses således organisationen som ett öppet system som interagerar med och påverkas av sin omgivning (Svensson och von Otter 2002). Organisationen antas därmed ha en förmåga att vara aktiv och lärande i samspel med sin omgivning, vilket får konsekvenser för hur planering och projektledning sker (Lawrence och Lorsch 1967, Ahrenfelt 2001). I ett öppet, interaktivt och föränderligt system krävs ett annat förhållningssätt vid projektledning än vid planeringsperspektivet. Att samspela med omgivningen, analysera och se samband, anpassa sig till olika aktörers intressen men även förstå bakgrunden till en förändring är viktigt i sammanhanget. Det finns därför inte ett idealt sätt att bedriva projekt på. Det är istället situationsbundet, vilket innebär att projektledaren måste ha en förståelse för situationen, vara lyhörd och ta tillvara deltagarnas intressen, traditioner och organisationskultur (Svensson och von Otter 2002, s 157).

Projekt genomförs således inte isolerat utan är beroende av det sammanhang och den kontext det finns i. Den kontextuella ansatsen innebär att planering och projektledning blir mer komplicerad eftersom ansatsen innebär att en omfattande analys av omvärldsfaktorer, intressenter och samarbetspartners måste göras. En inte oväsentlig del är att kunna påvisa vinster för olika intressenter (ibid., s 159). En kontextuell analys medför också ett arbetssätt som kan beskrivas som processorienterat, där intresset riktas mot flödet i verksamheten. Ett sådant fokus innebär att man måste ha ett flexibelt och öppet arbetssätt, som möjliggör

samordning, kontinuitet och uppföljning. Kontinuerlig information i processen antas bidra till att anpassningar görs efterhand som samspelet utvecklas med de berörda. Planering ses därför som ett hjälpmedel för dialog, reflektion och lärande i projektet snarare än som ett verktyg för styrning ”ovanifrån”.

En slutsats av ovanstående resonemang är att aktiveringsstrategin pekar på att ledare och projektansvariga inte av egen kraft kan förändra så mycket (Svensson och von Otter 2002, s 158). Snarare bygger förändringen på de medverkandes engagemang och intresse för uppgiften, men också på hur detta engagemang tas tillvara och berörda får komma till tals. Att ta vara på den initiativförmåga och handlingskraft som olika aktörer i systemet har är därför viktigt i den projektgrupp som bildas. De personer som ingår i gruppen skall också ha bred kompetens och ges möjligheter till lärande genom erfarenhetsutbyte.

3.2.1 Användning av aktiveringsstrategin

Det finns erfarenheter från utvärderingar av ett antal olika samverkansprojekt mellan så kallade välfärdsorganisationer, som bedrivits utifrån tankegångar om aktivering och bred medverkan (Socialstyrelsen 2000:5, Westerberg 1996, Westrin 1996, Weurlander 1997:8). I dessa utvärderingar framgår det att de projekt som ansågs lyckade hade haft en aktiv och tydlig ledning, varit förankrat hos chefer och politiker samt rekryterat personal från driftsorganisationerna, där kompetens och erfarenheter fanns. I projekten hade man också arbetat med gemensam uppföljning och redovisning. Arbetssättet i de lyckade projekten byggde på helhetssyn, flexibilitet och processtänkande samt gemensam kompetensutveckling i processen. De projekt som däremot ansågs misslyckade uppvisade en mängd problem. Bland annat saknades ett arbetssätt som byggde på helhetslösningar i processen. Individens behov betraktades som ett ”fel” som skulle repareras av en sektor i taget. Det saknades bredd genom att inte all personal som deltar i till exempel en rehabiliteringsprocess fanns med i det direkta projektarbetet. Andra problem i projekten var skilda kulturer och normer bland personalgrupper samt brist på kunskap om och förståelse för varandras yrkesområden. Ytterligare problem gällde överföring av adekvat information och avsaknad av lämpliga samverkansformer.

Även i de olika vårdkedjeprojekt, som ingick i det så kallade Sjukvårdsprogrammet, var aktivering av dem som berördes av projektet en central utgångspunkt. Programmet hade inga färdiga lösningsförslag på organisatoriska problem, som skulle implementeras (Ekman Philips

2002, s 4). Snarare stöttade man den fortlöpande lärprocess som uppstod hos deltagarna genom de nätverk som etablerades och den horisontella kommunikation som förekom mellan deltagarna över organisationsgränser.

Utvärderingar visar att det finns positiva effekter av bred medverkan i ett utvecklingsarbete samtidigt som det också finns en stor sårbarhet. Lokalt drivna projekt är starkt beroende av enskilda eldsjälar som ”motorer” för att utvecklas, men också av stöd från chefer samt resurser i form av projektmedel och tid. Avsaknaden av sådana nödvändiga resurser kan förklara att många utvecklingsprojekt misslyckas (Svensson och von Otter 2002). Men det är också viktigt att det finns en ambition och vilja hos dem som skall samverka (Socialstyrelsen 2000:5, s 11). Detta eftersom inblandade parter bär med sig olika erfarenheter och attityder, det vill säga kulturer, som formats under lång tid och som kan försvåra förändringsarbetet. Det är kulturen som styr handlandet i den praktiska utövningen hos medlemmarna (Åhgren 2002). Kulturen kan verka integrerande men också vara ett hinder i mötet med andra organisationer, speciellt om den grundas i olika yrkesideologier och verklighetsuppfattningar (Socialstyrelsen 2000:5). Det är lätt att det uppstår en ”vi och dom”- situation i dessa sammanhang (Quist 2005, s 58). Inom hälso- och sjukvården har kulturfrågor stor relevans och det är därför viktigt att olika professioner har förståelse för varandras kulturer om de skall kunna arbeta gemensamt för att nå ett bra resultat i förhållande till verksamhetens syfte (ibid.).

3.2.2 Kritik mot aktiveringsstrategin

Aktiveringsstrategin är populär som utvecklingsmetod inom och mellan organisationer. Men det finns också en del frågetecken kring strategin. Svensson och von Otter (2002, s 60f) diskuterar flera oklarheter. En oklarhet de tar upp är när strategin till såväl form som innehåll redan bestämts uppifrån. Det handlar då snarare om en utveckling uppifrån än underifrån, som bottnar i att företagsledningen kan ha behov av en ny strategi för medverkan av personal. Detta eftersom tilltron till den sociala ingenjörskonsten är låg. Medverkan sker då utifrån en medvetenhet om värdet av den kraft som finns i brett lokalt engagemang. Enligt Svensson och von Otter (ibid.) kan uttryck som ”människor skall stimuleras och engageras” eller ”har behov av delaktighet” avslöja att det handlar om ett utvecklingsprojekt som bestämts uppifrån snarare än genom en demokratisk dialog.

Ytterligare en oklarhet de diskuterar är vad ”aktiv medverkan” står för. Synonyma uttryck är till exempel delaktighet, involvering eller inflytande. Dessa begrepp definieras sällan och själva innebörden kan därför bli oklar enligt dem. Det kan finnas en risk att ledningen mer eller mindre utövar påtryckningar på projektmedlemmar att ”övertyga folk” om nödvändigheten av förändringen.

Svensson och von Otter frågar sig också om en aktivering förutsätter demokrati eller inte. De menar att om aktivering tillämpas där ledning/ansvariga för en verksamhet har bestämt mål, förutsättningar och strategi så handlar det mer om en traditionell planeringsstrategi. Aktivering i form av involvering och delaktighet blir då ett medel för att uppnå ett mål och en utvecklingsstrategi som ledningen själva formulerat, snarare än att bygga på de engagerades egna lokala förutsättningar och subjektiva tänkande.

3.3 Nätverksstrategin

Begreppet nätverk har haft stor genomslagskraft såväl inom som utanför akademiska kretsar under de senaste decennierna. Nätverk lyfts fram som en patentiösning på många organisatoriska problem: i ekonomin, i politiken, på internationell nivå etc. Enligt historikern Stenlås (2002, s 109), är nätverk egentligen inget nytt fenomen utan har existerat så länge människor har interagerat med varandra. Dess betydelse har dock skiftat från samhälle till samhälle och från tid till annan. Enligt Stenlås (ibid.) har det alltid funnits nätverk i form av det geografiskt-rumsliga, sett som infrastrukturer för flöden av information, kunskap, varor och tjänster, men även icke-materiella nätverk i form av ekonomiska, politiska, vetenskapliga och kulturella system i samhället.

Det nya intresset för nätverk har framförallt tillskrivits sociologen Castells trilogi om nätverkssamhällets framväxt (Castells 2000). Enligt honom ställs de postindustriella företagen och organisationerna inför komplexa problem, där problemen är sammanbundna och där enskilda företag och organisationer finner det svårt att själva hantera dem (ibid., s 228). Snarare kräver problemens komplexitet insatser från ett flertal aktörer och nivåer i företag och samhälle. Det interorganisatoriska nätverket ses som ett nyckelsystem som kan möta dessa komplexa omgivningskrav. Nätverk kan enligt Chisholm (1998) få såväl enskilda, grupper som organisationer att utveckla och införa nya attityder och värderingar, där interrelationer, helhet, pluralism och samarbete betonas.

Vid en genomgång av litteratur som berör nätverk och nätverksbaserad utveckling har det varit svårt att finna en entydig definition av begreppet. Nätverk kan vara ett perspektiv, en metod, ett socialt fenomen, en skolbildning, en disciplin, ett ämnesområde och till och med en metafor (Gustavsen och Hofmaier 1997, s 17, Lind, 2002, s 57). Begreppet används med stor bredd och variation och det förekommer inom olika ämnesområden och för olika syften och med olika tillämpningar. Bilden kompliceras av att begreppet också ofta förekommer i kombination med andra förtydligande par-ord, som till exempel nätverksanalys, nätverksperspektiv eller sociala nätverk. Generellt handlar definitionerna, enligt min uppfattning, om sociala relationer/strukturer som länkar personer, objekt eller händelser i form av nät med olika kopplingar som har olika egenskaper. Något förenklat skulle man kunna säga att begreppet kan ses som en form av kontaktnät, som kan studeras med olika metodologi och utifrån vissa specifika egenskaper.

Inom ämnesområden som till exempel arbetslivsforskning, psykologi, företagsekonomi och historia finns en mängd litteratur som behandlar nätverk (Berggren m fl. 1998, Forsberg och Wallmark 1998, Gustavsen och Hofmaier 1997, Håkansson och Snehota 1995, Stenlås 2002). Även utanför vetenskapssamhället diskuteras och används begreppet, särskilt i strategidiskussioner om regional och lokal utveckling (Gustavsen och Hofmaier 1997, SOU 1998:92, s 53ff). Under 90-talet användes nätverk som en utvecklingsmetod och strategi för att uppnå vissa ändamål (Gustavsen och Hofmaier 1997, s 17, Lind 2002, s 96ff). Nätverk ses då som en konkret verksamhet som antas kunna ge vissa önskvärda resultat i en förändringsprocess. Det som skall förändras eller utvecklas kan vara såväl regioner, organisationer som personer (Lind 2002, s 62). Mer konkret kan det handla om att till exempel utveckla lärande, kvalitet, kompetens eller till och med konkurrenskraft.

Vid starten av ett utvecklingsnätverk rekommenderas dialogkonferenser vilka syftar till att finna bestämda lösningar på bestämda frågeställningar samt implementeringar av dessa lösningar i praktiken (Chisholm 1998, xxii, s 40, Gustavsen och Hofmaier 1997, s 60, Philips och Gustavsson 1994 s 50f). En grundtanke i nätverk ligger i skapandet av en strategi, som byggs upp genom en kollektiv process där ett antal aktörer medverkar och bidrar till utveckling genom dialog och informationsutbyte. För att kunna diskutera en gemensam strategi är det viktigt med brett upplagda, diskussionsorienterade seminarier eller konferenser i det inledande stadiet. I både aktiverings- och nätverksstrategin används samma metodik för att skapa bred medverkan, idéutbyte och lärande. Genom att arbeta med parallella

grupper och korta plenissamlingar, där enbart rapportering sker, försöker man medvetet starta flera aktivitetsströmmar. Konsekvensen för deltagarna kan bli att de inte har med sig någon klar ”karta” att utgå ifrån när de kommer tillbaka till sin arbetsplats efter konferensen (Svensson och von Otter 2002). Det är inte heller meningen, utan konferenserna skall ses som interaktiva, idéskapande och öppna och enligt Senge designas dialogkonferenserna:

”to help people restructure their views of reality to see beyond the superficial conditions and events into the underlying cause of problems – and therefore to see new possibilities for shaping the future” (Senge 1990, s 24).

Utvecklingsnätverk anses vara framgångsrika eftersom de leder till verkliga förändringar, jämfört med till exempel planeringsstrategin och aktiveringsstrategin (ibid.). Anledningen till detta är att strategin antas ha ett flertal fördelar (Svensson och von Otter 2002, s 73f). En fördel med strategin är att den uppfattas som flexibel eftersom aktiviteter och samarbetsformer snabbt kan anpassas till yttre förändringar och inre behov. I ett nätverk kan företag och organisationer pröva sig fram och utveckla samarbetsformerna efter hand som man lär känna varandra och skapar tillit i relationerna. Detta gör att nätverksstrategin kan ses som mer dynamisk jämfört med planeringsstrategin som är mer statisk och bygger på ett ”linjärt steg-för-steg”-tänkande.

En annan fördel med strategin är att den samtidigt kan hantera utveckling och spridning. Deltagarna får kontakt med varandra redan när förändringarna initieras genom att fokus är på processer och arbetsformer snarare än resultat. Genom nätverksstrategin sprids inte bara goda erfarenheter utan även problem och svårigheter, vilka kan ge underlag för lärande (Berggren m fl. 1998, Gustavsen, 1990, s 79). I planeringsstrategin däremot bestämmer man först en förändring och genomför den inom en avgränsad enhet och därefter sprids den vidare till flera enheter. För att få avsedd verkan måste metoden för att sprida erfarenheter vara inbyggd i hela utvecklingsprocessen, vilket den är i nätverksstrategin. Det förekommer även spridning av erfarenheter vid användandet av aktiveringsstrategin. Men problemet här är att externa kontakter ses som mer tillfälliga, vilket försvårar en mer systematisk och långsiktig spridning av erfarenheter.

Genom att många deltar i ett utvecklingsarbete kan stordriftsfördelar uppnås. För att ett utvecklingsarbete skall få kraft och genomslag i arbetslivet anses det nödvändigt med en

”kritisk massa” (Gustavsen *et al.* 1995, s 23). Denna kritiska massa är möjlig att uppnå genom att ett stort antal enheter medverkar i ett nätverkssamarbete. Aktiveringsstrategin däremot kännetecknas trots sitt lokala engagemang av sårbarhet och att förändringarna ofta är isolerade och avgränsade.

Ytterligare en fördel med samarbete i nätverk är att det är efterfrågestyrt. Det är de deltagande företagens problem och faktiska situation som utgör utgångspunkt för samarbetet (Gustavsen och Hofmaier 1997, s 86, IUC 2000 i Gnosjö, Philips och Gustafsson 1994, Svensson och von Otter 2002, s 75). Förändringsarbetet blir därmed konkret och inriktat på att uppnå vissa mål, vilket underlättar en bred medverkan av de berörda på en arbetsplats. Eftersom samarbetet bygger på lokala förutsättningar antas det också finnas förutsättningar för att samarbetet kan bli självgående och därmed långsiktigt. Sannolikt finns det medarbetare som upplever fördelar med ett fortsatt, fördjupat samarbete, vilket leder till att de tar ansvar för att driva samarbetet vidare.

En annan fördel som framhålls med nätverksstrategin är att den underlättar ett utvecklingsinriktat lärande. Detta kan uppnås tack vare den öppenhet och flexibilitet som samarbetet mellan olika arbetsplatser bedrivs i. Samarbetet bidrar till att ge de inblandade aktörerna en förändringskompetens (Aronsson *et al.* 1995, IUC Gnosjö 2000, Philips och Gustafsson 1994), vilket innebär att aktörerna blir bättre på att uppfatta problem och se nya möjligheter. På så sätt skapas förutsättningar till proaktiva lärprocesser och stödjande kulturer som underlättar planering och genomförande av förändringar. Ett organisatorisk lärande enligt principen om ”double-loop learning” kan då uppnås (Argyris och Schön 1996, Senge 1990). Ett sådant lärande leder till att man ifrågasätter gamla rutiner och skapar beredskap för att medarbetarna snabbt kan svara upp mot ökade krav på omställning och förnyelse. Detta lärande kan bli mer eller mindre självgående genom att man i nätverkssamarbetet möter nya aktörer som tillför nya idéer. Detta leder till en positiv utvecklingsspiral där krav på utveckling och lärande ställer nya krav på utveckling och lärande osv. (jfr nätverk Esther, www.esther.nu).

3.3.1 Användning av nätverksstrategin

Ett stort antal EU-projekt har under 90-talet initierats med syfte att bidra till framväxten av nätverk. Inom EU Mål 3-programmet för kompetens- och organisationsutveckling för små och medelstora företag har till exempel ca 1 400 nätverk skapats (Svensson och von Otter

2002, s 7).²⁰ Några konkreta exempel på användning av nätverk är bland annat IUC (Industriellt Utvecklingscentrum) inom Gnosjöregionen. Centrumet ägs av ett antal företag gemensamt och syftet med det är att vara en resurs för små och medelstora företag när det gäller kompetensutveckling. Ett flertal nätverk har skapats för att utveckla lärandet i företagen genom nätverk (IUC 2000, www.iuc.gnosjoregionen.nu). Även inom det statliga området har initiativ tagits för att skapa nätverk i syfte att utveckla förändringskompetens. Exempelvis har Statens förnyelsefond använt sig av programmet Förnyelsenätverk, som ett sätt att aktivt och medvetet skapa nätverk för förändring och förnyelse mellan olika statliga myndigheter och organisationer samt deras medarbetare (Philips och Gustafsson 1994). Inom det så kallade Sjukvårdsprogrammet var nätverksbyggandet centralt varför det bildades fem regionala nätverk för erfarenhetsutbyte (Ekman Philips 2002, s 5).

Lärande anses vara en central egenskap i utvecklingsnätverk. Inom IUC har man gjort flera utvärderingar av lärande i nätverk och de konstaterar att det är svårt att sätta fingret på vad det egentligen är man lär sig. Lärande enligt IUC handlar om en kunskap som man inte kan skaffa på andra sätt än att arbeta i nätverk, en kunskap de kallar nätverkskompetens. En sådan kompetens beskrivs som ”förmågan att kunna utnyttja andras kunskap i sin egen verksamhet och veta var man hittar den” (IUC i Gnosjö 2000, s 14).

Även om man arbetar utifrån rekommendationerna vid skapandet av utvecklingsnätverk har det visat sig att det är i nästa fas, när innehållsrika planer och perspektiv på utvecklingsarbete skall konkretiseras och stegvis genomföras, som svårigheter kan uppstå (Gustavsen och Hofmaier 1997, s 64).

3.3.2 Kritik mot nätverksstrategin

Nätverksstrategin har, som framgått ovan, bidragit till att det har skapats ett mer informellt samarbete mellan företag och dess omgivning för att kunna få till stånd nödvändigt utvecklingsarbete. En nackdel med detta informella samarbete är att det är svårt att finna konkreta ekonomiska resultat i form av till exempel ökad försäljning eller marknadsandelar i utvecklingsprojekt (Svensson och von Otter 2002, s 82). Resultaten pekar snarare på att utvecklingsprojekten skapat kontakter och påverkat deltagarnas värderingar och attityder

²⁰ Mitt projekt Botvid har sökt och fått medel från Växtkraft Mål 3-programmet, där det tydligt anges att medel erhålls för genomförande av ”nätverksaktivitet” (internt brev EFS 040204).

genom att nya sätt att tänka skapats (man har skaffat sig en förändringskompetens). Projekten har haft en bred förankring bland deltagarna samt varit synliga och aktiva (IUC i Gnosjö 2000, Philips och Gustafsson 1994). Men det informella arbetssättet kan ge upphov till oklarheter om vilket syfte och vilka metoder/strategier som skall användas, men också vilket resultat som förväntas (Svensson och von Otter 2002). Eftersom arbetsformer och samarbete är informella och frivilliga saknas en mer officiell form av styrning och kontroll. Detta leder lätt till att de idéer och förslag som presenteras av olika kommittéer, arbetsgrupper eller organiserade möten kan bli otydliga. Framförallt gäller detta vem som skall vara ansvarig och vilka som skall medverka vid genomförandet av förslagen. Att samarbeta effektivt och uppnå ekonomiska mål och inte bara kvalitativa mål kan därför försvåras eftersom det brister i planering och fokusering. Konsultstöd och utbildningsinsatser används ibland men dessa anses inte kunna råda bot på dessa brister.

En slutsats av ovanstående problematik är att nätverksstrategin har sina fördelar vid initieringsfasen av ett projekt snarare än vid själva genomförandefasen. Det är i projektets initiering som möten ordnas, engagemang skapas och grupper bildas som kreativt arbetar med idéskapande lösningar på problem utifrån sina lokala situationer. Däremot verkar strategin vara mindre lämplig för att organisera genomförandet och skapa en långsiktigt bred medverkan, uppföljning samt sprida resultat (Svensson och von Otter 2002, s 82). Att arbeta målinriktat och planerat bryter emot strategins mer informella och oplanerade karaktär, vilket är något av en paradox. Det informella systemet verkar med andra ord inte räcka till för att ta sig från planeringsfasen till genomförandet och skapa institutionalisering.

Men om nätverksstrategin anses vara mindre bra för att skapa ett självgående utvecklingsarbete kan man fråga sig vilket syfte den har och för vem. Enligt Svensson och von Otter (2002, s 81) kan nätverksstrategin vara en ny variant av att uppifrån styra ett utvecklingsbehov. Detta eftersom företagsledningen eller staten på central nivå kan ha bestämt ramarna och formerna för nätverkssamarbetet. Nätverket kan då ses som ett sätt att i mer kontrollerade former hantera konflikter mellan central och lokal nivå, menar de. Genom nätverksstrategin får den lokala nivån en nödvändig handlingsfrihet, vilket gör att de kan vara flexibla och effektiva samtidigt som kravet på central samordning och kontroll kan ökas i takt med den allt starkare lokala självständigheten. Genom nätverksformen kan den centrala nivån få information som de annars svårtligen kan få tillgång till i en decentraliserad organisation.

Det finns då risk att strategin kan användas för en traditionell ”uppifrån”-styrning snarare än att vara en breddstrategi.

Avslutningsvis ges i figur 3.1 en schematisk presentation av de tre förändringsstrategier jag har beskrivit ovan. Indelningen utgår från olika kännetecken hos och metoder att organisera projekt. Jag använder mig av dessa kännetecken i min sammanfattande analys av det empiriska materialet.

Kännetecken	Planeringsstrategi	Aktiveringsstrategi	Nätverksstrategi
Styrning	Uppifrån	Underifrån	Horisontell
Drivkraft	Formellt ansvar	Engagemang	Gemensamma intressen
Metodik	Färdiga lösningar	Egna lösningar	Kompletterande lösningar
Ansats	Sluten	Öppen	Fokuserad – öppen
Arena	Varierande	Lokal utveckling	Varierande: lokal eller regional
Ledning	Byråkratisk	Eldsjal	Samordnare
Tidsperspektiv	Varierande, ofta kort	Kort eller medellång	Varierande, ofta långsiktigt
Teori	Rationalistiska	Aktiveringsteorier: social-psykologiska teorier	Systemteorier, nätverksteorier

Tabell 3.1 *Olika strategier för att bedriva ett projekt*
Källa: Svensson och von Otter 2002, s 22

Kapitel 4. Metod

För att kunna bedöma min empiriska studie redogör jag i detta kapitel för hur mitt fältarbete bedrivits. I kapitlet redovisas metodval, tekniker och tillvägagångssätt. Kapitlet avslutas med en diskussion kring studiens kvalitet och generaliserbarhet.

Att mitt studieobjekt blev hälso- och sjukvården beror på flera saker: dels ett intresse för verksamhetsutveckling i stora organisationer dels egna erfarenheter som anhörig till gamla och sjuka föräldrar, som var i behov av vård och omsorg från såväl slutenvård och primärvård som kommunal hemtjänst. En fråga jag ofta ställde mig vid kontakter och besök i dessa enheter var – ”varför är det så svårt att få vårdkedjan eller koordineringen av patientbehandlingen att fungera mellan inblandade aktörer?”. Vid ett besök med mina föräldrar på en vårdcentral, under hösten 2002, kom jag i kontakt med en person som berättade om ett lyckat förändringsprojekt, som syftat till att utveckla patientfokusering och effektivitet. I samband med detta fick jag också vetskap om att det skulle starta ett större och mer omfattande samverkansprojekt mellan primärvård, slutenvård och kommuner. I november 2002 fick jag kontakt med projektledaren för detta projekt och frågade om det fanns möjligheter att följa projektets genomförande. I slutet av januari 2003 fick jag besked från projektledaren att projektledningen samtyckte till mitt deltagande. När jag kom in i projektet i januari hade ett planeringsarbete pågått sedan våren 2002. Det fanns också en färdig plan för projektets organisering och genomförande. Projektet, som jag döpt till Botvid, startade officiellt i september 2002 och avslutades i oktober 2003.

När jag kom in i projektet hade jag ingen färdig, väl formulerad forskningsfråga. Snarare en undran om varför det inte fungerade i flödet mellan inblandade vårdaktörer. Med mig hade jag också en viss förförståelse kring hälso- och sjukvården och den förändringsproblematik som finns i en sådan komplex miljö. Studier visar att såväl styrning som förändring av hälso- och sjukvården är problematisk (Blomgren *et al.* 1999, McNulty och Ferlie 2002, Åhgren 2002, Östergren och Sahlin-Andersson 1998). Erfarenheter visar att det är synnerligen viktigt att de professionella yrkesgrupperna, särskilt läkarna, engageras och aktivt deltar i utvecklingsarbete för att reella förändringar i såväl handlande som arbetsstrukturer skall ske.

4.1 Val av metod

Min analys av projekt Botvid berör innehåll och process. Det var av flera skäl naturligt för mig att välja en kvalitativ metod, bland annat på grund av komplexitet och osäkerhet om externa faktorer påverkan. Med hjälp av kvalitativa metoder kan insamlad information ge dels en djupare förståelse av problemet som studeras, dels beskriva det sammanhang som problemen inryms i (Holme och Solvang 1991). En kvalitativ ansats vid studier av förändringsprocesser rekommenderas av många, till exempel Bryman (2002). Kvalitativa metoder har såväl styrkor som svagheter. Genom att balansera flera olika metoder mot varandra kan en methods svagheter vägas upp av en annan methods styrkor.

4.2 Undersökningsdesign

Eftersom jag ville följa och förstå utvecklingen av Botvid var också en fallstudiedesign naturlig. En fördel med fallstudier är att det erbjuder möjligheter att ”gå på djupet” för att förstå en komplex situation (Denscombe 2000, s 41). I fallet Botvid har detta varit en fördel eftersom de relationer och processer jag har studerat är komplexa och svåra att upptäcka vid en survey-undersökning. I en sådan fokuserar man på bredd snarare än på djup hos de undersökta enheterna, och man vet redan innan studien börjar vad man vill ha reda på (Holme och Solvang 1991, s 95). En survey-undersökning fokuserar mer på enstaka faktorer medan man i fallstudier strävar efter att få en helhetsbild av det studerade problemet (Saunders et al 2000, s 278).

Valet av fallet Botvid var pragmatiskt snarare än att det uppfyllde en viss ändamålsenlighet (Denscombe 2000, s 44). Fallet gav mig också goda möjligheter till access (Gummesson 1985, s 19). Det finns ett stort allmänintresse för hur sjukvården utnyttjar sina resurser. Men

också ett teoretiskt intresse för *hur* organisationsförändringar i form av processer organiseras och genomförs (Ekman Philips 2002).

Vid fallstudier kan ett flertal källor användas för att samla in information. Några exempel är arkivdata, intervjuer, direkta observationer, dokumentstudier eller studier av fysiska artefakter (Denscombe 2000, s 43, Merriam 1994, Yin 1994). Jag har använt mig av tre olika källor i min studie: deltagande observationer, intervjuer och interna dokument. De olika källorna använde jag parallellt under hela mitt deltagande i studien, från januari till oktober 2003. De interna dokument som jag fick tillgång till i projekt Botvid var projektbeskrivning och kostnadskalkyl, gällande riktlinjer för informationsöverföring vid in- och utskrivning av patienter, projektledarens frågeställningar till konferenserna och sammanställningar av konferensmaterial samt slutrapport för projektet. Jag har även fått internt material från projekt Esther. Jag kom överens med berörda personer att inte sprida dessa interna dokument och de finns därför inte med som bilagor.

Min studie inleddes med en första intervju med projektledaren som gav mig en övergripande information om projektet Botvid. Vid detta samtal fick jag också information om att initiativtagaren till projektet, verksamhetschefen på medicinkliniken, hade inspirerats av ett framgångsrikt utvecklingsprojekt i Eksjö, kallat Esther. Jag tog via telefon kontakt med Eksjö²¹ för att få mer information om projektet och faktorer som bidragit till att projektet anses framgångsrikt (Peterson och Bojestig 2003).

Dessa två inledande intervjuer gav mig en förståelse för de problem som fanns i koordineringsarbetet i patientens behandling mellan vårdaktörerna. De gav mig också vetskap om de metoder och lösningar som togs fram i projekt Ester för att utveckla kvaliteten i patientbehandlingen. Efter dessa intervjuer genomförde jag intervjuer och observationer under hela projekttiden. Då jag inte hade en ”färdig” forskningsfråga initialt sökte jag också parallellt med insamlandet av det empiriska materialet efter lämplig teoretisk anknytning för att kunna analysera det insamlade materialet.

²¹ Jag samtalade med den sjuksköterska som numera är kvalitetsansvarig för nätverk Esther (030527). Hon ansvarade för genomförandet av handlingsplanen i projekt Esther.

4.2.1 Genomförda deltagande observationer

Efter de två inledande intervjuerna startade mina deltagande observationer i projektet. Enligt önskemål skulle jag hålla mig i bakgrunden och öppet observera händelseutvecklingen i projektet snarare än att bedriva någon form av aktionsforskning. Jag observerade därför projektprocessen utan att vara delaktig och engagerad i olika aktiviteter.

Jag har gjort totalt 26 deltagande observationer i projektet²² uppdelade på två konferenser och åtta intervjutillfällen, där projektledaren intervjuade de så kallade nyckelpersonerna²³. I tabell 4.1 redovisas observationerna med datum, aktivitet, plats och antal.

²² Eftersom det varit svårt att bedöma vad som skall utgöra en avgränsad observation vid de två konferenser jag deltog i har jag valt att bedöma dem som en observation/konferens. Varje konferens bestod dock av ett antal grupparbeten och redovisningar.

²³ Synonymt använder jag även projektdeltagare.

Datum och tid ²⁴ 2003	Aktivitet	Plats	Observationer
30/1	Projektledaren intervjuar nyckelpersoner	Konferensrum, sjukhuset	3 st
7/2	- " -	- " -	4 st
10/2	- " -	- " -	2 st
13/2	- " -	- " -	2 st
24/2	- " -	- " -	2 st
25/2	- " -	- " -	4 st
3/3	- " -	- " -	3 st
6/3	- " -	- " -	<u>4</u> st
Totalt:			24 st
28/4-29/4 ²⁵	Konferens	Internat	1 st
9/10-10/10	- " -	- " -	1 st
Totalt:			26 st

Tabell 4.1 Översikt utförda observationer i projekt Botvid

Vid kvalitativa studier finns alltid en risk att man som forskare oavsiktligt påverkar situationen (Merriam 1994, s 109). Detta har jag varit medveten om och därför funnits i bakgrunden och inte agerat utan anpassat mig till situationen. Vid varje observation redogjorde jag för mitt syfte med studien samt frågade om jag fick använda respondenternas

²⁴ Observationerna började ca kl. 10.00 och pågick till ca 15.30.

²⁵ Konferenserna pågick från lunch till lunch.

utsagor vid redovisning av mitt insamlade empiriska material. Jag erbjöd dem att vara anonyma och endast återge yrke och vårdgivare, vilket alla accepterade.

Vid intervjuerna, som utfördes av projektledaren, fick nyckelpersonerna, som representerade olika yrkeskategorier och vårdaktörer, svara på bestämda frågor kring upplevda problem och hinder samt lösningar på dessa i nuvarande flöde mellan dem. Under observationerna gjorde jag anteckningar direkt i min dator (Denscombe 2000, s 175) eftersom jag hade uppmanats att inte spela in intervjuerna. Jag noterade grupper/enskildas reflektioner och redovisningar på vad som efterfrågades och vad svaren blev. På detta sätt kunde minnesfel minimeras (ibid., s 179). Observationerna utfördes inte i yrkesgruppernas "naturliga miljö", det vill säga på deras arbetsplatser, utan i olika konferensrum på sjukhuset och vid internat. Jag bedömer att de beskrivningar de gett vid dessa tillfällen ändå speglar deras naturliga arbetsmiljö och den process de dagligen arbetar med i sin del av vårdkedjan. Genom att använda en typisk patient, som jag kallar Botvid²⁶, och som alla känner till skulle de "sätta ord" på vilka arbetsuppgifter de utför och vad de uppfattar vara brister i koordineringen mellan dem. De skulle också komma med förslag, utifrån ett patientperspektiv, hur dessa brister skulle kunna åtgärdas för att skapa en kvalitativ, bra vårdkedja för Botvid. Observationerna gav mig en uppfattning om hur de olika yrkeskategorierna hos respektive vårdgivare upplevde problem och hur externa faktorer antogs kunna påverka deras framtida arbete i vårdkedjan. Dessutom fick jag insikt i hur de tillsammans kunde skapa lämpliga lösningar för att öka kostnadseffektivitet, kvalitet och kompetensutvecklingen i den gränslösa vårdkedja som projektet på sikt syftar till.

Ett problem med deltagande observation är att individer och även forskaren påverkas av sin subjektivitet (Merriam 1994, s 101). Subjektiviteten påverkar såväl uppfattning och registrering som tolkning av informationen. Som observatör och deltagare var min roll känd för gruppen och de gav mig stöd att delta. Jag har däremot inte kunnat påverka informationens nivå eller kvalitet eftersom detta styrs av gruppmedlemmarna och projektledaren (ibid., s 106). Genom mina observationer möjliggjordes delaktighet men inte i en sådan utsträckning att man kan säga att jag "sögs in i skeendet" (ibid.). Det är svårt att säga i vilken utsträckning jag har påverkat dem som observerats. Min ambition var att hålla mig så neutral som möjligt. Min uppfattning är att de varken visat ängslan eller varit negativt inställda till mig då jag genomförde mina anteckningar av vad som sades och diskuterades. De har inte fått någon

²⁶ Patienten hade egentligen ett annat namn.

återkoppling på mina observationer, vilket eventuellt skulle ha kunnat ha fått dem att reagera och förändra sitt beteende (ibid., s 109). De har inte heller erbjudits möjligheter att validera de utsagor jag valt att ha med i den empiriska beskrivningen.

4.2.2 Genomförda egna intervjuer

Förutom deltagande observationer har jag även gjort egna intervjuer med olika vårdgivarrepresentanter, i huvudsak på ledningsnivå. En nackdel med intervjuer är att databearbetning och analys är mer komplicerad jämfört med om jag använt ett enkätformulär. En enkät är ofta förkodad och analys kan ske så fort formuläret är insamlat. Öppna svar, som jag har fått, tar tid att analysera och det kan också vara svårt att uppnå objektivitet. Detta eftersom jag som intervjuare kan inverka genom den närhet man har till den intervjuade. Även kontexten kan inverka. Det finns också en risk att intervjuareffekter kan uppstå genom att de intervjuade säger vad de förväntas säga och inte vad de faktiskt menar (Merriam 1994, s 163).

Jag har genomfört totalt nio intervjuer förutom de två inledande respondent intervjuerna: fyra med personer på ledningsnivå, fyra med projektledaren och en gruppintervju med tre sjuksköterskor i nätverk Esther (en från medicinkliniken och en från primärvård respektive kommunal vård). De fyra ledningspersoner jag intervjuat är klinikchef, sjukvårdschef, en socialchef i kommun Alfa samt en primärvårdschef i kommun Beta. Ett alternativ till personliga intervjuer hade varit att genomföra dem via telefon (ibid., s 244). Telefonintervjuer är både tids- och kostnadseffektivt att genomföra jämfört med personliga intervjuer. Men då frågeställningarna rörde förhållandevis komplexa frågeställningar, fann jag det lämpligare att ha samtalsliknande intervjuer med respondenterna. Av tabell 4.2 framgår datum, respondent och plats för genomförda intervjuer.

Datum	Respondent	Plats
14/4 2003	Projektledare	Tjänsterum, sjukhus
1/10 2003	Gruppintervju i nätverk Esther	Tjänsterum Höglandssjukhuset, Eksjö
22/12 2003	Projektledare	Tjänsterum, sjukhus
11/2 2004	Klinikchef	Tjänsterum, sjukhus
4/5 2004	Sjukvårdschef	Tjänsterum sjukhus
11/5 2004	Socialchef	Tjänsterum kommun Alfa
24/5 2004	Primärvårdschef	Tjänsterum kommun Beta
21/6 2004	Projektledare	Tjänsterum sjukhus
12/1 2005	Projektledare	Tjänsterum Högskolan

Tabell 4.2 Översikt utförda intervjuer i projekt Botvid

Syftet med intervjuerna var att få tillräckligt med bakgrundsinformation för att få insikter om projektet Botvids tillkomst, planering och utveckling (Denscombe 2000, s 133). Samtliga intervjuer gjordes på personernas tjänsterum samt spelades in på band. De varade mellan 1,5 till 2 timmar. Vid två tillfällen stördes dock de intervjuade av bandupptagningen eller uppfattade den som en nackdel. Fördelen med att använda bandupptagningarna var att jag kunde koncentrera mig på att fråga och lyssna samt att vid analys "återlyssna" på intervjun samt hitta citat att använda (Saunders *et al.* 2000, s 262). De teman jag ville samtala kring sändes ut i god tid innan intervjun så att de hade möjlighet att förbereda sig. Jag ställde frågor kring förväntningar och intentioner med samverkan, hur och varför projektet initierades, resurser och målsättning, deras roll i projektet, vilka som skulle delta, projektupplägg, genomförande samt förväntat resultat. Intervjuerna kan betecknas som semistrukturerade då jag har fört samtal kring dessa frågor men där följdfrågor anpassats efter de svar som erhöles (Denscombe 2000, s 135, Saunder *et al.* 2000, s 243). Man kan säga att

jag har försökt hålla ett visst fokus men samtidigt också varit flexibel under intervjuernas gång utan att därför styra respondenterna. Respondenterna erbjöds anonymitet om de ville. Ingen ansåg att det var nödvändigt, utan de framförde att intervjun var ”för protokollet” och därmed offentlig (Denscombe 2000, s 131). Jag har ändå valt att anonymisera dem i det empiriska materialet och endast ange yrkesbeteckning och den vårdgivare de representerar. Intervjuerna har transkriberats och jag har endast skrivit ned vad respondenterna svarat och/eller resonerat kring och uteslutit stakanden, pauser etc. (Denscombe 2000, s 154). Vid en förfrågan om respondenterna ville validera utskriftenas riktighet (ibid., s 158) avstod samtliga.

Förutom dessa intervjuer har jag vid fyra tillfällen samtalat med projektledaren om projektet. Samtalen har i tre fall skett på projektledarens arbetsrum på sjukhuset. Vid det fjärde tillfället skedde intervjun på mitt tjänsterum. Endast vid första tillfället sände jag över en intervjumall som i huvudsak berörde projektets tillkomst, berörda parter och deltagare, upplägg och förväntade resultat. Jag spelade in intervjun. Projektledaren har validerat mitt första utkast till empirisk beskrivning²⁷. Hon kom då med vissa påpekanden som föranledde smärre korrigeringar. Jag har också haft ett antal telefonkontakter med henne där jag kontinuerligt uppdaterat mig om projektets utveckling. Dessa samtal finns dock ej med i tabell 4.2.

Jag har även besökt Höglandssjukhuset i Eksjö, i oktober 2003. Där genomförde jag en gruppintervju med tre sjuksköterskor (en från primärvård och en från kommunens äldreomsorg samt den kvalitetsansvarige för nätverk Esther). Före intervjun hade jag översänt en intervjumall som vi samtalade kring. Frågeställningarna berörde projektets tillkomst, upplägg och genomförande, problem/hinder/konflikter vid genomförande och implementering, framgångsfaktorer, det fortsatta arbetet i nätverk Esther och framtidsutblickar. Jag gjorde endast skriftliga noteringar då respondenterna inte ville att intervjun skulle bandas. Genom intervjun fick jag ytterligare insikter i projekt Botvids upplägg och genomförande. Vid besöket fick jag internt material kring projektet, som jag använt som referensmaterial.

Parallellt med observationerna och intervjuerna sökte jag efter lämpliga förändringsstrategier, som kunde användas för att förstå och analysera det empiriska materialet. Redan efter de första intervjuerna och telefonsamtalet med kvalitetsansvarig i nätverk Esther fick jag en viss

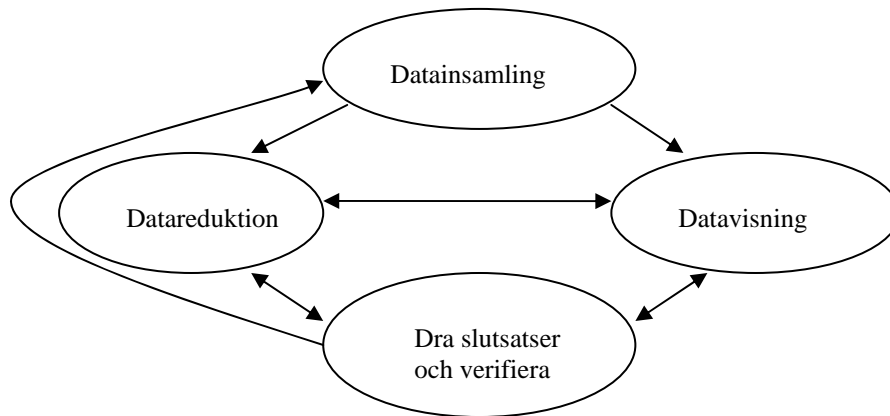
²⁷ Efter detta följde flera utkast men i sak har innehållet inte ändrats från detta första utkast.

insikt i att man använder sig av flera olika strategier för att organisera projekt Botvid. Den information jag fick var att det fanns en plan och en projektorganisation för att styra och genomföra projektet, och att det var viktigt att berörd vårdpersonal var engagerad och aktiv i projektet för att gemensamt kunna arbeta fram lösningar på problemen. Det framkom också att ett syfte med projekten var att bygga nätverk för att utveckla lärande och kompetens på längre sikt. Dessa insikter ledde mig till att söka litteratur och forskning kring förändringsstrategier, som byggde på dessa förutsättningar.

En viktig källa för mig var Svensson och von Otter (2002) och deras presentation av de tre olika förändringsstrategier, som jag uppfattade användes för att organisera och genomföra projekt Botvid. Svensson och von Otter (ibid.) anger att bakom deras val av strategier finns systematiska studier av förändringsprojekt ur både ett teoretiskt och ett praktiskt perspektiv. De har ett mer kritiskt perspektiv på projekt än vad jag funnit i normativ organisationslitteratur som berör förändringsstrategier. Min ambition har inte varit att beskriva forskningsfronten inom organisationsförändringar eller valda förändringsstrategier. Snarare har syftet varit att följa och förstå utvecklingen av projekt Botvid. Jag har därför använt organisationslitteratur och forskningsrapporter, som jag uppfattat som relevanta för min studie.

4.3 Analys av kvalitativa data

Det är vanligt att förknippa kvalitativ forskning med ord som analysenhet snarare än siffror (Denscombe 2000, s 204). Dessa ord är dock en produkt av en tolkningsprocess, eftersom en forskare ser och uppfattar allt som möter denne *som* något. Det är därför viktigt att i forskningen explicit klargöra grunden för forskarens tolkningar och hur de prövats. I analysarbetet har jag använt mig av Miles och Hubermans (1994, s 10) komponenter. Enligt dem skall en dataanalys innefatta tre processer: datareduktion, datavisning (eng. data display) och slutsatser, se figur 4.1.



Figur 4.1 *Komponenter i min dataanalys*
Källa: Miles och Huberman 1994, s 12

Med datareduktion avses att man gör ett urval och en förenkling av de data man samlat in. I min studie påbörjades datareduktionen redan under datainsamlingen. Ett första steg var att bringa ordning i mina fältanteckningar från observationer samt intervjuutskrifter. Jag tog kopior på alla anteckningar och utskrifter för att kunna skriva kommentarer på dem. Varje observation och intervjuutskrift kodades utifrån datum då de genomfördes, vilket skulle underlätta navigering i materialet och ge ett bra referenssystem (Denscombe 2000, s 246). Parallellt med datainsamlingen sökte jag också efter lämpliga förändringsstrategier, som jag kunde använda för att förstå och analysera materialet. Min forskningsprocess kan därför beskrivas som en kontinuerlig växling mellan empiri och teori, vilket bidrog till att jag kontinuerligt fick omtolka vad jag hade sett.

Det är vanligt att generera kategorier vid kvalitativa studier. Detta har även skett i min studie. De problem och lösningar, som mest frekvent kom fram i intervjuer och vid konferenser, har jag beskrivit med hjälp av fyra huvudkategorier: vårdplanering, informationsöverföring, tillgänglighet och kompetensutveckling. Under dessa kategorier beskriver jag ett antal problem där olika utsagor får illustrera den upplevda problematiken och förslag till lösningar.

Enligt Miles och Huberman (1994, s 11) kan datavisning underlätta forskarens analysarbete. Genom att organisera insamlad data i matriser eller grafer menar de att forskaren kan underlätta förståelsen av vad som händer och därmed också underlätta analysen eller fortsatta aktiviteter. För att underlätta min analys och förstå den roll som förändringsstrategin spelade i projektet använde jag mig av den schematiska beskrivning, som Svensson och von Otter (2002, s 22) har av strategierna (se kapitel 3). Jag såg schemat som ett förväntat mönster med

hjälp av de olika kännetecknen för respektive strategi. Mina insamlade deskriptiva data jämfördes med det tänkta mönstret för varje strategi, varför analysen kan ses som en ”pattern-matching”-logik (Yin 1994, s 106). Jämförelsen innebär att jag försökte finna ut hur de förväntade kännetecknen avspeglade sig i hela förändringsprocessen och dess olika aktiviteter snarare än att göra någon form av kvantitativ beräkning av hur ofta de olika kännetecknen förekom i mitt material. I analysarbetet har jag även använt bilder: dels den bild, som representerar HPR-metoden (se figur 5.4) och dess olika komponenter, dels en intern bild av patientprocessen, som den såg ut i projekt Esther, före och efter projektets genomförande. Schemat plus bilderna har utgjort ”kartor”, som varit användbara för att koppla samman teori, empiri och analys. Min datavisning har skett parallellt med arbetet med datareduktion, vilket bidragit till att slutsatser kunde dras och verifieras.

4.4 Studiens kvalitet

För att en studies värde och kvalitet ska kunna bedömas måste forskaren ge en beskrivning av hur studien har genomförts. Vanliga begrepp som då används är validitet och reliabilitet (Denscombe 2000, Holme och Solvang 1991, Merriam 1994, Yin 1994). Dessa begrepp härrör från kvantitativ forskning och blir inte direkt överförbara till den kvalitativa forskningen. Där talar man snarare om en studies trovärdighet. I den kvalitativa forskningen ses verkligheten som en flerdimensionell helhet som ständigt är i förändring. Följden blir att det kan vara svårt att hitta en verklighet som kan ses som fast, mät- och jämförbar och i idealfallet objektiv.

Triangulering är en av de metoder som kan användas för att öka den inre validiteten (Yin 1994, s 35, Merriam 1994, s 183). Triangulering innebär att man kombinerar ett antal metoder för att kunna bekräfta de resultat som kommit fram. Genom att kombinera flera olika metoder kan de olika metodernas styrkor kompletteras och en metods svaghet kan uppvägas av en annan metods styrka. I min studie har deltagande observationer, intervjuer och dokument samt diskussioner med kollegor använts för att uppfylla trianguleringskraven.

Vid de deltagande observationerna fick jag inte tillfälle att fråga respondenterna när tankar dök upp hos mig själv kring deras svar och/eller reflektioner kring problem och lösningar. Att ställa kompletterande frågor skulle sannolikt ha gett en djupare förståelse för problematiken kring att utveckla en gränsöverskridande process och den ”vi-och-dom-anda” som fanns. Det som jag såg som en svaghet vid ledningsintervjuerna är att de kan ha svarat som de trott att jag förväntat mig, särskilt som flera respondenter framhöll att de uttalade sig ”för

protokollet". För att uppväga dessa svagheter har jag kompletterat med dokument och intervjuer med projektledaren samt ansvarig för genomförandet av projekt Esther.

Respondentvalidering är ytterligare ett sätt att öka trovärdigheten i en studie. Validering innebär att forskaren förmedlar de redogörelser som lämnats av respondenterna eller observerats av forskaren till de personer som ingått i undersökningen (Bryman 2002). Det finns dock kritiker som menar att det kan vara mindre relevant att använda sig av respondenternas kontroll för säkerställande av validiteten (Maaninen-Olsson 2004, s 47). Kritikerna framhåller att det varken är säkert att respondenten kan följa resonemanget eller har intresse av att ta del av rapporten. Jag har låtit projektledaren läsa ett första utkast till empirisk beskrivning av projektet. Detta för att säkerställa att jag inte missförstått något i processen och intervjuer med henne. Hon gjorde en del smärre påpekanden som korrigerades, vilket talar för att jag sannolikt tolkat processen rätt. Däremot har jag inte låtit de olika nyckelpersonerna få ta del av beskrivningen. En viss validering har dock indirekt skett genom att de problem som tas upp av nyckelpersonerna vid mina deltagande observationer ligger i linje med vad som framkommit i de samverkansstudier som jag refererat till.

Även horisontell granskning och kritik har använts under studiens gång (Merriam 1994, s 118). Forskarkollegor har getts möjligheter att kommentera det jag skrivit och jag har varit öppen för deras kommentarer.

Kravet på reliabilitet, det vill säga möjligheter att återupprepa resultat, är svårt att uppnå i kvalitativ forskning (Denscombe 2000, Merriam 1994). Detta gäller även i min studie. Orsaken är att såväl de personer som jag observerat som de intervjuer jag gjort har påverkat den empiri som jag samlat in, vilket gör det svårt att upprepa studien. Detta gäller i synnerhet när studien avser en process som är situationsspecifik och där människor beskriver och förklarar världen utifrån hur de uppfattar den just då och där. Såväl människor som kontext förändras över tid. Därför är det sannolikt att tolkningarna och därmed även utfallet skulle bli annorlunda vid en upprepning av studien. I en kvalitativ studie saknas fasta och objektiva jämförelsepunkter i den mångfaldiga och föränderliga verkligheten, vilket krävs för att upprepa studien och få en reliabel mätning (Merriam 1994). För att stärka validiteten eller trovärdigheten i min fallstudie har jag beskrivit min undersökningsdesign, de källor jag använt för att samla in data samt hur jag säkerställt trovärdigheten. Att stärka validiteten gör också att man stärker reliabiliteten eftersom dessa två begrepp är intimt förknippade med varandra (ibid.).

4.5 Generaliserbarhet

Frågan om kvalitativa fallstudiers generaliserbarhet är omdiskuterad (Holme och Solvang 1991) och kan inte diskuteras på samma sätt som vid kvantitativa studier. I sådana studier används statistiskt urval och kontroller för att säkerställa generaliserbarheten. Vid kvalitativa studier samlas informationen in under former som ligger nära det vardagliga samtalet där respondenten ges stor frihet att utforma sina uppfattningar. Detta gör informationen mer trovärdig men också mindre giltig för andra och för möjligheterna att generalisera. Att generalisera resultat och slutsatser i min studie, som omfattar endast ett fall, är inte relevant. Särskilt som fallet valts utifrån ändamålsenlighet snarare än slumpmässigt. Men min studie kan dock lämna ett bidrag som sammantaget med andra bidrag kan generera generell teori.

Kapitel 5. Projekt Botvid – bakgrund och planering av förändringsprocessen

Detta kapitel skall spegla den empiriska planeringsprocess som jag följt i projektet. De olika aktiviteter som ingick i processen beskrivs schematiskt och kronologiskt. Med hjälp av fyra kategorier: vårdplanering, informationsöverföring, tillgänglighet och kompetensförsörjning lyfter jag fram frekventa problem och lösningar i processen samt illustrerar dessa med olika utsagor från nyckelpersonerna. Kapitlet avslutas med den handlingsplan som blev processens slutprodukt.

5.1 Problembild

Medicinkliniken har ett upptagningsområde på ca 125 000 invånare²⁸. Inom upptagningsområdet finns tre kommuner och nio primärvårdsområden (vårdcentraler). Kliniken ansvarar för att bedriva sluten internmedicin och öppen specialistvård, där personalen skall svara för utredning, behandling, vård och omvårdnad samt konsultationsinsatser. Det finns tillgång till akutvård hela dygnet och ca 80 % av verksamheten är akut och genererar ca 50 % inläggningar. Totalt finns ca 150 tjänster på kliniken varav ett 40-tal är läkare. Antalet vårdplatser är ca 110.

²⁸ Medicinklinikens verksamhetsplan för 2005.

Kliniken har, som ett flertal liknande kliniker, under lång tid brottats med långa väntetider, överbeläggningar och en allmän frustration att inte räkna till i patientmöten, samt få möjlighet att utveckla sin verksamhet. Men det är framförallt den ökade och omfattande jourverksamheten för läkarna som varit upphov till projektets initiering. Det finns höga krav på medicinläkarna att färdigbehandla, i första hand äldre vårdtagare²⁹, ofta med multipla sjukdomar, när de kommer in på akutmottagningen. En äldre vårdtagare kan komma till mottagningen på flera olika sätt, antingen via läkarremiss från en vårdcentral, från ett särskilt kommunalt boende (SÄBO)³⁰ och/eller direkt från eget boende. Ett centralt problem när patienten kommer akut är brist på information ”on line” men också information om patientens funktionella och sociala status. Dessa brister försvårar för jourläkarna att göra adekvata helhetsbedömningar av patienten och säkerställa ett kvalitativt och säkert omhändertagande.

För att få en helhetsbild av patientens vårdprocess insåg medicinklinikens läkare att de behövde gå utanför sina egna organisationsgränser och öka samverkan med andra aktörer i vårdprocessen (intervju verksamhetschef 040211). Under lång tid har ett sökande efter lämpliga samverkanslösningar skett på kliniken, i synnerhet hos verksamhetschefen. Vid en konferens hösten 2001 fick han vetskap om ett framgångsrikt samverkansprojekt som kallades för Esther. Projektet pågick mellan 1997 och 1999 och fortsatte därefter i nätverk Esther (www.esther.nu), där ett kontinuerligt förbättringsarbete av vårdkedjan pågår tillsammans med vårdgrannarna.

I projekt Esther samverkade en medicinklinik, primärvård (vårdcentraler) och kommunal äldreomsorg i Eksjö, vilka hör till Höglandsregionen i Jönköpings läns landsting. Redan 1994 började man på medicinkliniken i Eksjö ett internt utvecklingsarbete där personalen beskrev vad de gjorde för patienterna (Peterson och Bojestig 2003, s 1). Resultatet av arbetet blev att man upptäckte en mängd hinder för att genomföra förbättringar, varför man successivt startade ett mer systematiskt kvalitetsarbete med hjälp av ledningsinstrumentet QUL (Qualitet, Utveckling och Ledarskap). I verksamheten riktades fokus mot dem som hälso- och sjukvården är till för, i första hand patienterna, och att åstadkomma ständiga förbättringar. Visionen var att medicinkliniken skulle bli föregångare när det gäller att möta patienternas, primärvårdens och kommunernas behov och önskemål. Detta medförde att de slutade ställa

²⁹ Med äldre vårdtagare avses de över 65 år.

³⁰ Särskilt kommunalt boende (SÄBO) finns för dem som inte längre klarar av eget boende. Boendet är behovsprövat.

frågor om hur de internt på kliniken kunde bli bättre och istället frågade sig ”vad som var bäst för Esther”³¹ (ibid., s 2). För att nå resultat utifrån patientperspektivet insåg kliniken att de behövde samverka med fler personer i Esthers närhet – hennes anhöriga och personal från primärvård och kommuner. ”Det är vad vi gör tillsammans som räknas för Esther” blev ett centralt tema i deras fortsatta kvalitetsutvecklingsarbete. För att underlätta detta arbete började kliniken år 1996 använda sig av BSC (Balance Scorecard) där visioner, strategier och mätningar kopplades samman och gav dem möjligheter att beskriva sin verksamhet för huvudmannen på ett mer rättvist sätt än tidigare (ibid., s 2). De har också fortsatt att arbeta med QUL-verktyget, där de fokuserat på kritiska framgångsfaktorer för att utveckla och förbättra verksamheten.

Årligen genomför medicinkliniken i Eksjö ca 100 olika förbättringsaktiviteter, vilket har resulterat i att personalen byggt upp en kompetens och kunskap om hur man systematiskt arbetar med kvalitetsmetoder. För att åstadkomma dessa förbättringar har de använt sig av HPR-metoden (Healthcare Process Reengineering), som de menar är en metod för genomgripande förändringar i sjukvården. Metoden kan ses som en ”mjukare” variant av BPR (Business Process Reengineering) (Hammer och Champy 1993). Syftet med HPR-metoden är dock inte att bryta upp de funktionella gränserna utan snarare att fokusera på flödet inom och mellan enheter genom en ömsesidig anpassning. Metoden fokuserar på de värden man vill skall genomsyra hela vårdkedjan, vilka som behöver samarbeta och vad som händer i omvärlden (Peterson och Bojestig 2003, s 3). En viktig tanke i klinikens utvecklingsarbete har varit att förbättringsarbetet skall vara en naturlig del av deras arbete och inte något som tillkommer vid sidan om (ibid., s 4). För att få stimulans och lära av andra deltar de såväl i nationella som internationella utvecklingsprojekt (ibid.).

Genom sitt systematiska kvalitetsutvecklingsarbete har kliniken uppnått omfattande förbättringar av såväl rutiner som informationsöverföringar. Andra effekter är minskat antal vårdtillfällen genom att patienterna har färdigbehandlats i primärvården. Väntetider har också reducerats drastiskt. Idag är det ca 14 dagars väntetid för att komma till en specialist, tidigare kunde det ta uppemot ett halvår. Patienterna är nöjda och än mer nöjda är personalen hos vilka stressnivån, enligt självskattning, har sjunkit markant, från 60 % till 30 %. En inte

³¹ Esther symboliserar en typisk äldre dam på Högländet som behöver vård och omsorg från kommun, primärvård och slutenvård.

oväsentlig del i att dessa effekter uppnåddes har varit uppbyggnaden av en ny ledningsstruktur där läkarna fick nya roller och ansvar (ibid., s 5). Det systematiska utvecklingsarbetet har också genererat utmärkelser: ett från Svensk Hälso- och sjukvård 2002 och Götapriset för offentlig sektor 2003. Statens Kvalitet och Kompetensråd (2004, s 24) lyfter i en rapport om processbaserad verksamhetsstyrning i staten fram projekt Esther. Projektet får där illustrerar potentialen i att tillämpa processsynsättet på processer som löper över myndighetsgränser (ibid., s 20).

Det som återgetts ovan från projekt Esther är inte en fullständig beskrivning av alla de aktiviteter som vidtagits i projektet och det fortsatta nätverksarbetet. Syftet har snarare varit att ge en övergripande bild av ett framgångsrikt projekt som utgjort inspirationskälla för och imiterats i projekt Botvid.

5.2 Förankring, beslut och mål

Verksamhetschefen inspirerades av projekt Esther varför han började driva idén att starta ett liknande projekt med sina vårdgrannar. Han förankrade sina idéer och erfarenheter i första hand på den egna kliniken (främst stabsenheten). Där togs ett beslut att göra ett studiebesök i Eksjö under förvåren 2002. Med på besöket var också ansvariga representanter från akutmottagning och primärvård. Samtliga som deltog i besöket ansåg efter hemkomsten att det fanns potential i att skapa ett eget projekt och använda sig av den metodik som tillämpats i projekt Esther. Verksamhetschefen tog därför kontakt med hälso- och sjukvårdschefen (enbart sjukvårdschefen i fortsättningen) och beskrev för honom vad som borde göras och vilka vinster som kunde uppnås med att starta ett projekt (intervju verksamhetschef 040211). Sjukvårdschefen fann idén intressant och bestämde sig för att stötta verksamhetschefen, särskilt som initiativet kom ”underifrån”, som han uttryckte det. Vanligtvis startar ju projekt uppifrån enligt honom och ”då är det svårare att få med alla” (intervju 040504). Under våren 2002 hölls ett antal sammanträden med chefspersoner från sjukhuset, primärvården och kommunerna, för att diskutera och förankra projektet. Under senvåren bestämde de att starta ett samverkansprojekt. Målet med projektet var att skapa trygghet för en äldre vårdtagare och anhöriga och att vården skulle bedrivas på rätt vårdnivå i samarbete mellan vårdgrannarna³². Samverkan skulle avse den vårdkedja eller det flöde som de alla var en del av och där många

³² Med rätt vårdnivå avses att vård/åtgärd skall ske näta patienten och inte skall ges på mer kvalificerad nivå än nödvändigt (observation 040131).

vårdtagare ”vandrar samma väg” med vanligt förekommande diagnoser, som till exempel andnings- och hjärtbesvär, stroke, diabetes, demens (observationer januari-mars 2003). Dessa diagnoser är stora och relativt entydiga vilket medför att det är möjligt att också beskriva instanser och insatser som ett givet förlopp, från fastställande av problem till åtgärd och kontroll (Ekman Philips 2002, s 34).

För att skapa trygghet för äldre vårdtagare och anhöriga och ge vård på rätt vårdnivå skulle man utveckla en arbetsorganisation som stöder processinriktad sjukvård i samverkan med berörda vårdgrannar (projektansökan EU Växtkraft Mål 3³³). Detta skulle ske genom att utveckla rutiner och samverkan mellan medicinkliniken, akutkliniken, vårdplatsorganisationen³⁴, primärvården och berörda kommuners hemtjänst. Fokus skulle vara på den enskilda patienten för vilken den totala vårdprocessen skall ge ett mervärde. För att uppnå detta mål behövs enligt ansökan:

- verksamhetsanalys av problem i nuläget
- kvalitetsutveckling i hela vårdkedjan i form av:
 - kompetensutveckling av alla yrkeskategorier i vårdkedjan
 - utveckling av samarbetsrelationer i nätverk mellan grannar
 - utveckling av gemensam vårddokumentation mellan alla aktörer
 - förbättrad logistik i vårdkedjan
 - förbättrad kommunikation och informationsöverföring mellan vårdtagare och vårdgivare samt mellan vårdgivare

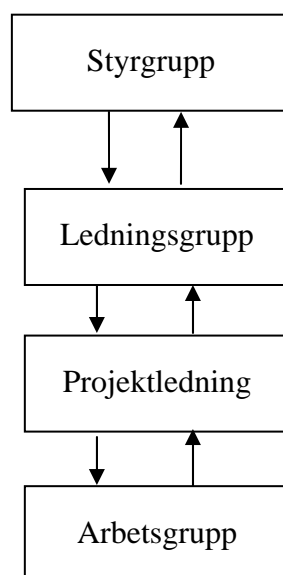
Den förändringsmetodik som skulle användas var HPR-metoden. Metoden förklaras mer ingående längre fram i avsnittet. Projekt Botvid skulle starta i september 2002 och vara avslutat i oktober 2003.

³³ Program för små- och medelstora företags kompetensutveckling.

³⁴ I en vårdplatsorganisation är syftet att få en jämnare belastning mellan olika avdelningar på sjukhuset. De platser som klinikerna har reserverat för sina vårdtagare men som inte är upptagna kan köpas och säljas vid behov av/till andra kliniker. Det innebär att vårdtagare som gjort en ortopedisk operation kan få vistas på en annan specialitet/avdelning, som för tillfället har ledig kapacitet.

5.3 Uppdrag och bemanning samt projektbudget

Verksamhetschefen fick i uppdrag av sjukvårdschefen att ansvara för att en projektorganisation skapades och att projektet initierades, genomfördes och utvärderades. Den projektorganisation som bildades hade följande utseende, se figur 5.1 (intervju projektledare 021105, verksamhetschef 040211):



Figur 5.1 Projektorganisation i projekt Botvid

I styrgruppen fanns chefspersoner från deltagande kommuner, sjukhusledning och verksamhetschefer från primärvård samt medicinklinik. Denna grupp deltog inte i det dagliga arbetet utan hade ett mer övergripande ansvar. De fick kontinuerligt information om projektets utveckling från projektledaren och verksamhetschefen.

För den operativa ledningen bildades en ledningsgrupp om tio personer. I gruppen ingick verksamhetschefen, en kommunal områdeschef, en medicinskt ansvarig sjuksköterska från en deltagande kommun³⁵, en medicinskt ansvarig sjuksköterska från primärvård, verksamhetschefer från akut- och medicinklinik, representanter för de två kommunerna och vårdplatsenheterna på sjukhuset samt projektledaren. Lednings- och styrgruppen hade tillsammans fattat beslut om ramar och resurser, formulerat krav samt följt och stöttat verksamhetschefen och projektledaren.

³⁵ I projektet deltog två kommuner, vilka jag kallat för Alfa och Beta.

Under sensommaren 2002 anställdes en sjuksköterska som projektledare. Hon hade erfarenhet från många enheter/avdelningar inom sjukhuset. Enligt verksamhetschefen var det nödvändigt att anställa en projektledare som skulle driva projektets ”mer praktiska bitar”, vilka handlade om att intervjua personer, arrangera möten, handha konferenser etc. Detta var en lärdom från Esther-projektet enligt honom (intervju 040211). Ett sådant projekt hade inte fungerat om de inte hade funnits en projektledare, som varit aktiv i hela processen och sett till att projektplanen kunde genomföras, framhåller han. Själv ansåg han sig inte ha den tid som krävdes för att praktiskt kunna bedriva projektet.

Projektledaren utsåg sju olika assistenter för att hjälpa henne med de aktiviteter som redan planerats i projektet,³⁶ och som i huvudsak avsåg projektadministration. De valda personerna representerade följande yrkeskategorier/vårdaktörer: en enhetschef från en av de deltagande kommunerna, två sjuksköterskor (akutvårdsavdelning, vårdplatskoordinator), en geriatriker³⁷ och en arbetsterapeut (slutenvården), en sjukgymnast (primärvården) samt en läkarsekreterare (slutenvården). Projektledaren valde själv ut dessa personer som hon sedan tidigare visste ”visat framåtanda och intresse för utvecklingsarbete” (intervju projektledare 030415). Förutom att de hjälpt till med projektadministration har assistenterna även fungerat, som bollplank till projektledaren. Parallellt med projektet genomgick projektledaren plus en av assistenterna utbildning i HPR-metoden samt MIL (Management i Lund), som är en utbildning för förändringsledare i landstingets egen regi.

I projektorganisationen ingick också en arbetsgrupp om ca 50 så kallade nyckelpersoner, som representerade alla led i Botvids behandlings- och rehabiliteringskedja. Yrkesgrupper som deltog var (internt dokument 020626): ambulanspersonal, apotekspersonal, arbetsterapeuter, biståndshandläggare, enhetschefer, distriktssköterskor, läkare, läkarsekreterare, sjukgymnaster, sjuksköterskor och undersköterskor. Alla dessa kategorier hade erfarenheter och kunskaper om den dagliga verksamheten, vilket också var ett krav för att få delta som nyckelperson. Urvalet av dessa nyckelpersoner byggde antingen på frivilligt deltagande och/eller att avdelnings- eller enhetschefen hade bestämt vem eller vilka som skulle ingå (intervju projektledaren 030131). Förutom att nyckelpersonerna deltog i själva utvecklingsarbetet var deras uppgift att återföra erfarenheter och problemlösningar, som

³⁶ Enligt projektledaren var projektplanen och dess aktiviteter redan fastställd då hon anställdes.

³⁷ En geriatriker har specialiserat sig på sjukdomar hos äldre (vanligen med en nedre åldersgräns vid 65 år).

successivt framkom i utvecklingsprocessen, till sina kollegor. Denna återföring menade projektledaren hade fungerat eftersom hon i flera sammanhang fått vetskap om att ”många känt till projektet” (intervju 050112).

Den totala projektkostnaden uppskattades ligga kring ca 2,6 – 3,0 miljoner kronor (internt material 020626). I kalkylen förutsattes varje deltagande enhet stå för sina egna personalkostnader samt kostnader för de förändringar som projektets handlingsplan skulle leda till. Samtliga kostnader skulle finansieras inom enheternas befintliga budgetar. Förstärkning av medel för själva genomförandet av projektet behövdes dock och verksamhetschefen fick i uppdrag att skriva en projektansökan till EU Växtkraft Mål 3. Förutsättningarna för att få bidrag från Mål 3-programmet är att den sökande själv bidrar med medel i samma omfattning som ansökt bidrag. Man uppskattade att det behövdes ett totalt tillskott på 900 000 kr för att täcka anställningen av projektledaren, internatkostnader och konsultinsatser. Verksamhetschefen ansökte om 450 000 kr, resterande medel stod sjukvårdschefen för (intervju 040504). Medel beviljades i februari 2003 enligt ett internt dokument.

5.4 Projektplan

Lednings- och styrgruppen hade tillsammans tagit fram en projektplan med följande aktiviteter och tidsintervall (internt dokument 020626), se figur 5.2:

Förankring	Kartläggning	Handlingsplan	Test av förbättringar	Genomförande	Uppföljning
2002	2003	2003	2003	2003	2004
September – Oktober	Januari – Mars	Oktober	Oktober	November	Mars

Figur 5.2 Steg-för-steg-aktiviteter i projekt Botvid

Av figuren framgår att projektet startade med förankring i berörda verksamheter under perioden september – oktober 2002. Därefter vidtog kartläggning och verksamhetsanalys, det

vill säga en beskrivning av nuläget hos deltagande verksamheter utifrån HPR-metoden. Kartläggning av nuläget i de olika verksamheterna pågick under januari till mars och i oktober 2003 skulle en handlingsplan vara framtagen. Därefter skulle test ske av några av de föreslagna förbättringsåtgärderna i handlingsplanen innan de definitivt implementerades i verksamheterna under november. Projektet skulle utvärderas och en slutrapport avges under mars 2004.

I den fortsatta framställningen kommer aktiviteterna förankring, nulägesbeskrivning (kartläggning) och handlingsplan att beskrivas. Varken tester eller genomförande kom att ske i projektet under den tiden jag deltog. Under processens gång har dock ett antal olika åtgärder initierats, vilka kommer att beskrivas under avsnittet som berör handlingsplanen.

5.5 Förankring i verksamheterna³⁸

Efter att verksamhetschefen initierat projektet och anställt en projektledare påbörjade de tillsammans ett antal besök ute i berörda verksamheter, för att förankra projektet hos olika personalkategorier. Förankringsarbetet pågick under september - oktober 2002. De deltog vid olika arbetsplatsträffar på basenheter (vårdcentraler och kliniker), hos de fackliga organisationerna samt i ledningsgrupper hos kommunerna, där de redogjorde för syfte och målsättning med projektet. Enligt projektledaren hade man vid diskussionerna med chefer och nyckelpersoner bland annat framhållit att projektet inte innehåller några ”sparkrav” utan att eventuella besparingar som uppstår i projektet får behållas av de inblandade aktörerna.

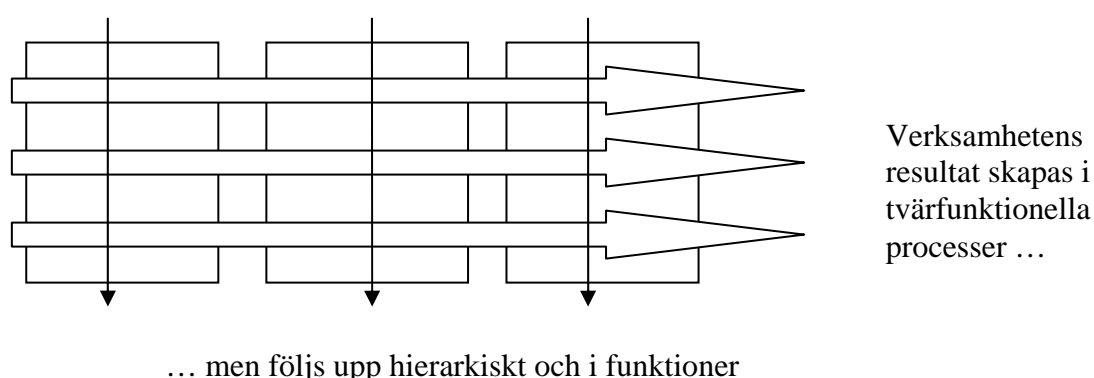
5.6 Kartläggning av verksamheter med hjälp av HPR-metoden

Enligt projektplanen skulle en kartläggning av hela vårdflödet ske, inte i detalj utan på en mer övergripande nivå. Detta för att få insikt i och förståelse för hur nuvarande flöde såg ut mellan vårdgrannarna (intervju projektledaren 021105). Genom att betrakta verksamheten som ett flöde förväntades nyckelpersonerna hos respektive vårdgivare se sina enskilda vårdinsatser som länkar i en större vårdkedja, som går över funktionella gränser. De enskilda vårdgivarna utgör i den vårdkedjan ”en del i helheten”, vilket utgör en ny tankemodell. Det handlade med andra ord om att påverka nyckelpersonernas värderingar och normer så att de såg till helheten

³⁸ Eftersom jag fick vetskap om projekt Botvid först i oktober 2002 har jag inte gjort några observationer av förankringsarbetet utan beskrivningen bygger på information från projektledaren (intervju 021105, 030415).

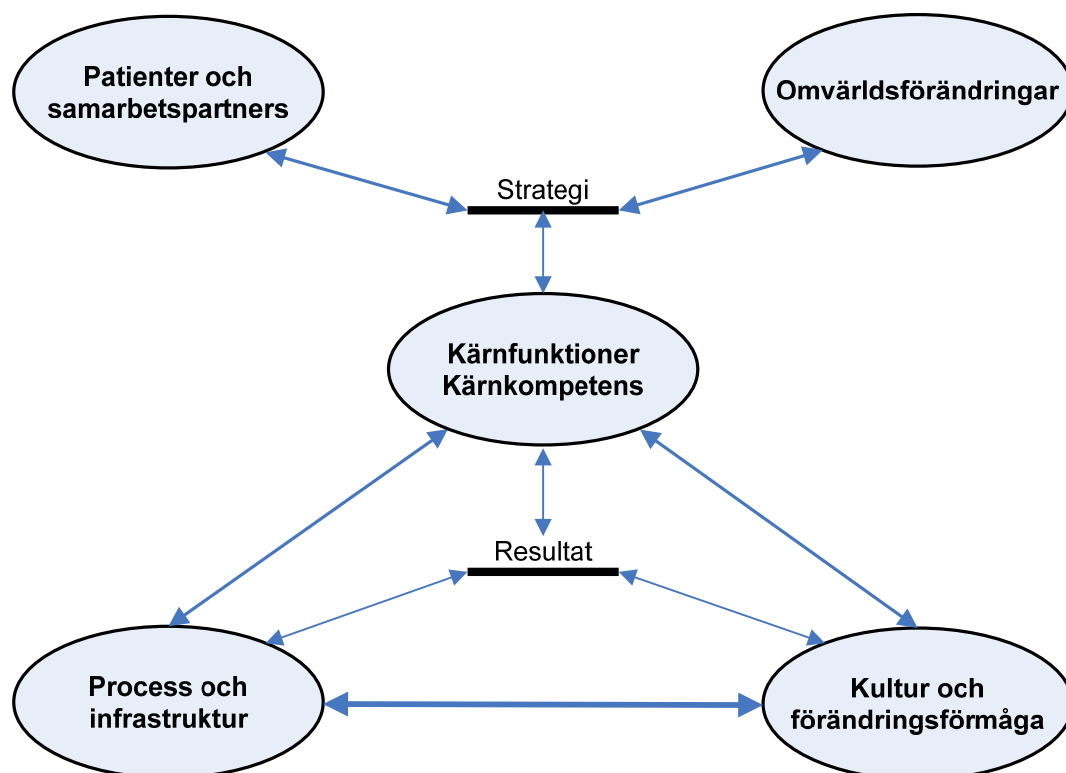
snarare än bara sin egen funktion (intervju projektledaren 040621). Behandlingskedjans utseende eller organisationernas gränser skulle däremot inte förändras.

Kartläggningen skulle utgå från HPR-metoden. Metoden bygger på ett öppet systemtänkande där organisationen påverkas av, men också påverkar sin omgivning för långsiktig överlevnad. Omgivningen blir med detta synsätt en aktiv och pådrivande del i förändringar. Metoden kombinerar ett vertikalt och ett horisontellt perspektiv på organisationen, se figur 5.3. Organisationens resultat skapas i tvärfunktionella processer men styrning och uppföljning sker utifrån den hierarkiskt funktionella nivån.



Figur 5.3 Horisontellt värdeskapande – vertikal styrning
Källa: Statens Kvalitet och Kompetensråd 2004, s 16

HPR-metoden har en övergripande ansats för att lyckas med utvecklingen mot en processororienterad sjukvård (se figur 5.4). Det är kärnprocesser för vårdtagaren som skall fokuseras. För att hitta lämplig strategi skall arbetet starta med en analys av omgivningen (extern bedömning). Den externa analysen görs för att finna hot och möjligheter i omgivningen, som kan tänkas påverka organisationen. Därefter sker en värdering av organisationen (intern bedömning). Den interna bedömningen i sin tur skall avslöja starka och svaga sidor. Kombinationen eller balanseringen, extern och intern, samt en tolkning av dem ger lämplig strategi i det fortsatta utvecklingsarbetet. Annorlunda uttryckt skulle man kunna säga att en balansering skall omfatta definition av omgivningens krav och behov, värdering av organisationens kompetens samt identifiering av klyftor mellan potentiell och faktisk prestation i förhållande till de möjligheter som projektdeltagarna upplever finns.



Figur 5.4 HPR-metoden och dess byggstenar
Källa: www.ltkpg.se

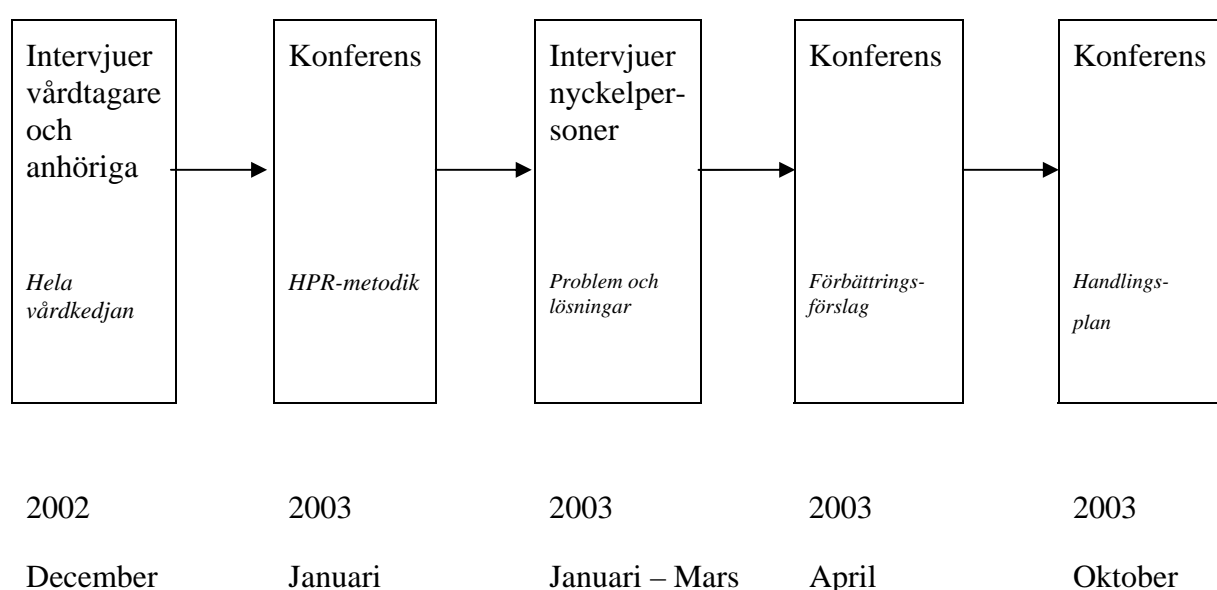
Kopplar vi metoden till projektet Botvid skulle varje vårdaktör/enhet göra en verksamhetsanalys utifrån de olika byggstenarna i metoden. Det vill säga de skulle identifiera sina patientgrupper och viktiga värden för dem samt vilka samarbetspartners de har i vårdkedjan. Dessutom skulle de försöka se vilka tänkbara omvärldsförändringar som de trodde kunde komma att påverka dem inom den närmaste framtiden. De skulle även ta hänsyn till sitt uppdrag från huvudmannen (målet med verksamheten) samt vilken framtida strategi dessa aspekter kräver i form av kärnkompetens och kärnfunktioner (teknologi i vid bemärkelse) och förändringsåtgärder. Hur väl man lyckas med strategierna är dock avhängigt av professionskulturen och dess förmåga till förändring samt hur de olika yrkeskategorierna uppfattar att processen och infrastruktur (stödsystem) skall förändras.

Enligt projektledaren skulle HPR-metoden skapa insikt i den egna verksamheten och visa hur den enskilde medarbetaren kunde påverka resultatet genom att arbeta vårdtagarorienterat (intervju 030415). Hon framhöll också att det fanns en förhoppning om att nyckelpersonerna, genom analys av sin egen verksamhet, skulle utveckla förståelse, motivation och kreativitet för det pågående utvecklingsarbetet. Ambitionen var också att ett långsiktigt

utvecklingsarbete av typen ”ständiga förbättringar” skulle starta genom att samarbetsrelationer i nätverk mellan vårdgrannarna kunde utvecklas. Nyckelpersonerna förväntades därmed ta såväl eget som kollektivt ansvar för den framtida utvecklingen.

5.7 Nulägesbeskrivning

Den nulägesbeskrivning och verksamhetsanalys som de olika verksamheterna skulle göra har innehållit ett antal olika aktiviteter, se figur 5.5. Arbetssättet har varit processorienterat vilket inneburit att resultatet av en aktivitet har blivit input i nästa osv.



Figur 5.5 Steg-för-steg-aktiviteter i kartläggning av vårdgivarnas verksamheter

I figuren 5.5 framgår att kartläggningen innehöll fem olika aktiviteter: den startade med intervjuer med vårdtagare och deras anhöriga om deras erfarenheter av hela vårdkedjan, fortsatte med tre konferenser där den första skulle introducera HPR-metoden, den andra mynna ut i förbättringsförslag och den tredje och sista i en handlingsplan. Mellan första och andra konferensen gjordes intervjuer med samtliga nyckelpersoner kring problem/hinder och hur dessa skulle kunna lösas.

I den fortsatta framställningen ges en sammanfattande beskrivning av ovanstående aktiviteter samt resultat från dem. Beskrivningen följer själva processen fram till slutprodukten - handlingsplanen. Av pedagogiska skäl har jag valt att beskriva konferensupplägg enbart en gång. Jag deltog inte i de två första aktiviteterna – intervjuer med vårdtagare och anhöriga

samt den första konferensen. Informationen om dessa aktiviteter bygger därför på intervjuer med projektledaren samt internt material. Mina direkta observationer startade vid intervjutillfällena med nyckelpersonerna, där de skulle beskriva vad de upplevde som problem i nuvarande flöde. De skulle även ge förslag på tänkbara lösningar. Vid den andra konferensen skulle de komma fram med ett antal förbättringsförslag. Från dessa förslag skulle sedan styr- och ledningsgrupperna göra ett antal prioriteringar som nyckelpersonerna hade att ta ställning till, och som skulle resultera i slutprodukten från projektet – en handlingsplan.

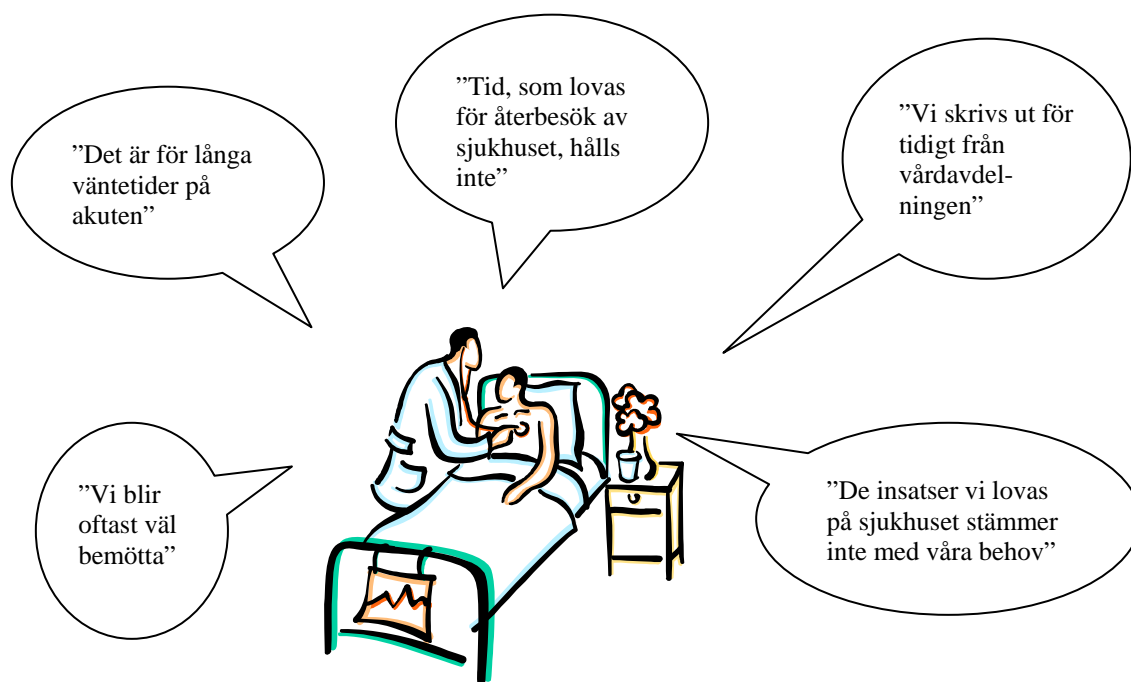
Jag har gjort ett stort antal observationer i projektet och från dessa har jag valt att beskriva de problem och lösningar som nyckelpersonerna mest frekvent tagit upp. Beskrivningen görs med hjälp av fyra huvudkategorier: vårdplanering, informationsöverföring, tillgänglighet samt kompetensutveckling, som dyker upp första gången vid aktiviteten förbättringsförslag. Det finns en viss överlappning mellan kategorierna vårdplanering och informationsöverföring då den förra även skulle kunna beskrivas som ett informationsöverföringsproblem. Jag har dock valt att ta upp vårdplanering som en egen kategori eftersom denna typ av planering är mycket central i behandlingen av den multisjuka Botvid. För att belysa problematiken under respektive kategori har jag använt mig av utsagor från nyckelpersonerna.

5.7.1 Patienters upplevelse av nuvarande vårdprocess

I slutet av december 2002 intervjuade projektledaren plus olika assistenter tio vårdtagare och deras anhöriga om deras erfarenheter av vårdprocessen. Urvalet av vårdtagare skedde i samråd med biståndshandläggaren på sjukhuset och avsåg vårdtagare som hade haft erfarenhet av hela vårdkedjan, det vill säga varit i kontakt med vårdcentral och/eller akutmottagning, slutenvård och kommunens hemtjänst. Intervjuerna varade ca 1- 1,5 timmar. Åtta av intervjuerna skedde i vårdtagarnas hem, en annan avsåg enbart en anhörig, som intervjuades i projektledarens rum på sjukhuset. Ytterligare en intervju skedde hos en vårdtagare med anhörig på ett kommunalt korttidsboende.³⁹ De intervjuade fick vid intervjuerna tillfälle att fritt beskriva sina erfarenheter av vårdkedjan och hur de blivit bemötta. Projektledaren sammanfattade intervjuerna genom att skriva en så kallad saga, som

³⁹ Korttidsplatser eller korttidsboende innebär att vårdtagaren får vistas en kortare tid för återhämtning innan denne kommer hem till eget eller särskilt boende. Korttidsboende/korttidsplatser är en kommunal angelägenhet.

sändes ut till nyckelpersonerna innan första konferensens genomförande (internt dokument). I figur 5.6 illustrerar jag de synpunkter som projektledaren menar kan läsas ut av sagan (intervju 030414):



Figur 5.6 Vårdtagares upplevelser av nuvarande vårdprocess

Av den så kallade sagan framgår att vårdtagarna i stort är nöjda med bemötandet men däremot inte med de långa väntetider som är på akutmottagningen, innan de skrivs in på någon av sjukhusets vårdavdelningar. De menar också att de skrivs ut för tidigt från vårdavdelningen. Den snabba utskrivningen till eget boende, framhåller de, har medfört att de har haft svårt att klara sin hemsituation. I några fall har dock någon form av planering av utskrivning skett mellan sjuksköterska och biståndshandläggare. Men kommunens äldreomsorg verkar inte alltid vara informerad om detta enligt vårdtagarna. Detta skapar problem för såväl vårdtagaren som hemtjänstpersonal, eftersom det fattas till exempel epikriser⁴⁰ och medicinlista. Andra klagomål är att de insatser som vårdtagaren blivit lovad på sjukhuset inte stämmer med deras behov, och att de inte får komma på återbesök inom den tid som utlovas vid utskrivningen

⁴⁰ Epikris är läkarens skriftliga redovisning av behandling och vård som vårdtagaren fått.

från avdelningen/enheten. En stor del av dessa kritiska synpunkter återkommer även vid intervjuer med nyckelpersonerna.

5.7.2 Konferensupplägg

De synpunkter som patienterna och anhöriga haft på nuvarande flöde skall förbättras med hjälp av HPR-metodiken. Metodiken bygger på verksamhetsanalyser och förbättringsförslag men också kultur och förändringsförmåga hos deltagande professioner. Genom att arbeta utifrån HPR-synsättet förväntas nyckelpersonerna få insikt i den egna verksamheten men också att de hade möjligheter att påverka resultatet i utvecklingsarbetet. I projektansökan till EU Mål 4 formulerades nyckelpersonernas medverkan och engagemang på följande sätt: ”Genom att personalen deltar aktivt i att ta fram de olika problemställningarna och förbättringsåtgärderna, ökar deras förståelse och motivation för projektet samt en känsla av delaktighet”. Det framgår också av ansökan att ledningsgruppen hade en intention att personalen skulle ta egna initiativ och ”lära sig vikten av att driva fortsatt förändringsarbete” och på så vis bidra till kompetensutveckling och en kontinuerlig kvalitetsutveckling av hela vårdkedjan.

Konferenserna var tänkta att skapa förutsättningar för ett idé- och erfarenhetsutbyte, som skulle bidra till att nyckelpersonerna skulle kunna se vårdflödet på ett nytt sätt. Att lära av varandra var ett viktigt inslag i konferenserna och utgångspunkten var nyckelpersonernas praktik, det vill säga deras handlande i sin lokala miljö. För att skapa förutsättningar för ett sådant lärande, enskilt och kollektivt, var konferenserna upplagda som diskussionsorienterade seminarier, där öppna demokratiska dialoger var centrala. Man arbetade med parallella homogena och/eller tvärssektoriella grupper, där olika frågeställningar diskuterades. Rapportering av synpunkter och förslag skedde muntligt i korta plenisamlingar utan att nyckelpersonerna argumenterade för hur de kommit fram till svaren. Projektledarens assistenter gjorde även skriftliga noteringar, vilka senare översändes till deltagarna och utgjorde input i den kommande planerade aktiviteten. Konferenserna var förlagda på internat och varade från lunch till lunch. Under middagar och kvällar skedde mer informella och frivilliga samtal mellan deltagarna. Enligt några deltagare jag samtalade med, hade de redan vid den första konferensen knutit kontakter med nyckelpersoner på andra enheter och diskuterat specifika problemställningar. De hade även i vissa fall bestämt sig för att auskultera hos varandra för att få en ökad förståelse för och insikt i varandras verksamheter och förutsättningar (observation 040428).

5.7.3 Introduktion HPR-metodiken

Vid den första konferensen presenterades projekt Botvid och den arbetsmetodik som skulle användas i projektet. HPR-metoden redovisades av en konsult från Eksjö, som deltagit i projekt Esther. Även den sjuksköterska som ansvarade för implementeringen av handlingsplanen i Esther-projektet deltog. Hon berättade om bakgrund och planering av projektet samt hur det genomfördes. Idag har Esther övergått i nätverk mellan de olika vårdgivarna och sjuksköterskan är där kvalitetsansvarig representant för medicinkliniken (intervju kvalitetsansvarig sjuksköterska 030527).

Hon startade och ledde den gruppövning som ägde rum. Nyckelpersonerna diskuterade patienter, samarbetspartners och omvärldsförändringar, det vill säga externa aspekter enligt HPR-modellen (se figur 5.4) Frågeställningarna berörde vilka som var deras mest resurskrävande vårdtagargrupper idag och i framtiden och vad dessa vårdtagare kunde antas värdera i sina kontakter med vårdgivarna (intervju projektledaren 021105). De skulle även diskutera hur väntetider för såväl vårdtagare som vårdgivare kunde förkortas, hur samarbetet såg ut i dagsläget mellan vårdgivarna samt vilken kompetens som vid tillfället fanns på agendan. Man skulle belysa dessa frågeställningar utifrån ett av fem perspektiv på vårdtagaren: Botvid insjuknar i hemmet, Botvid är i primärvården, Botvid på akutavdelningen, Botvid på vårdavdelningen och Botvid i kommunen/särskilt boende.

Vid redovisningarna framkom en mängd olika aspekter på patienter, samarbetspartners och omvärldsförändringar och även hur dessa variabler kunde tänkas förändras inom en snar framtid (internt dokument 030131). Någon vecka efter konferensen fick nyckelpersonerna en skriftlig sammanställning av resultaten från redovisningarna. Projektledaren och hennes assistenter gjorde senare en analys av denna sammanställning. De beskrev materialet utifrån ett antal nyckelord, vilka enligt deras uppfattning följt som en röd tråd i projektet (internt dokument 030220). Nyckelorden är:

- tillgänglighet - möjlighet att nå personal både som vårdtagare och som personal från annan arbetsplats
- information – samma och fortlöpande information från alla vårdgivare till vårdtagaren
- informationsöverföring – måste ske enklare och säkrare mellan kommun, sjukvård och primärvård

- kontinuitet - uppföljning av hela vårdkedjan med så få ”ansikten” som möjligt på alla nivåer
- rätt vårdnivå – vård/åtgärd skall vara så nära vårdtagaren som möjligt

Sammanfattningsvis handlade uppgiften vid denna första konferens om att med hjälp av HPR-metoden kartlägga nuläget rörande patienter och samarbetspartners. I uppgiften ingick även att fundera kring vilka omvärldsförändringar som kunde förväntas i framtiden och hur dessa kunde komma att påverka vårdgivarna. HPR-metoden skulle framförallt bidra till att skapa en mental förståelse hos nyckelpersonerna för varandras arbetsuppgifter och förutsättningar i behandlingen av Botvid. Men metoden skulle också skapa insikt i den egna verksamheten och i att nyckelpersonerna kunde påverka resultatet genom att arbeta utifrån ett patientperspektiv. Varje enhet skulle därför se sig som en del av en större helhet eller kedja. Enligt projektledaren var detta viktigt eftersom ”ingen vill ge information – de vill mest ha information” (intervju 030415).

För att markera det situationsspecifika i projektet fortsatte kartläggningen med gruppvisa intervjuer av nyckelpersoner hos respektive vårdgivare. Deras upplevelser av problem eller brister i nuvarande flödet, samt hur dessa brister skulle kunna åtgärdas, var frågeställningar som skulle behandlas i intervjuerna.

5.7.4 Nyckelpersoners upplevelse av problem

Projektledaren och hennes projektgrupp genomförde från slutet av januari till i början av mars, under 8 heldagar, ⁴¹ personliga intervjuer med nyckelpersonerna, enskilt eller i grupper från samma enhet. Detta var första gången jag gjorde direkta observationer i projektet samt reflektioner i form av anteckningar. Nyckelpersonerna informerades om att jag följde projektet utifrån eget forskningsintresse och att projektledningen tilldelat mig en passiv och neutral roll. Detta innebar att jag skulle hålla mig i bakgrunden och endast observera vad som sades och hände i processen. Ingen hade något att invända mot min närvaro och att jag gjorde direkta anteckningar i min dator. Detta eftersom inga bandupptagningar fick ske.

⁴¹ Samtliga nyckelpersoner hade i samråd med projektledaren fått välja det tillfälle som passade dem bäst.

Som underlag för intervjuerna fanns ett frågeformulär, som hade sänts till nyckelpersonerna via e-post i god tid före intervjuerna. Detta för att de skulle kunna ha en dialog med övriga kollegor på avdelningen/enheten och återföra deras synpunkter. Frågorna baserade sig på den första konferensens redovisningsmaterial där patienter, samarbetspartners och omvärldsförändringar diskuterades. Vid dagens konferens skulle de bland annat belysa vilka åtgärder eller aktiviteter som de ansåg vara nödvändiga/icke nödvändiga i sin del av vårdprocessen. De skulle även ange hur kommunikation och informationsöverföring fungerade och/eller kunde förbättras, såväl internt som externt mellan vårdgivarna. Även ämnen som flaskhalsar, resurser och kompetens skulle behandlas vid intervjuerna.

Intervjuerna skedde i två olika sammanträdesrum på sjukhuset och varade ca 1-1,5 tim/individ och/eller grupp. Varje intervjusvar skrevs ned av projektledaren medan en assistent ställde frågorna. Mitt intryck från intervjuerna var att det fanns ett positivt samtalsklimat mellan projektledaren och de olika respondenterna. De föreföll väl förberedda på frågeställningarna även om en och annan tyckte att frågorna var komplexa och inte helt lätta att besvara. Efter genomförda intervjuer fick samtliga deltagare/grupper, någon vecka senare, en utskrift av de svar de angivit. Enligt projektledaren var det några få som återkom med synpunkter på utskrifterna (intervju 030415).

De nyckelpersoner som intervjuades representerade samtliga yrkeskategorier i behandlings- och rehabiliteringskedjan för Botvid: ambulanspersonal, apotekspersonal, arbetsterapeuter, biståndshandläggare, enhetschefer, distriktssköterskor, läkare, läkarsekreterare, sjukgymnaster, sjuksköterskor och undersköterskor. I projektet deltog sju läkare, varav fyra från medicinkliniken och tre från primärvården. Tyvärr kom ingen av läkarna till intervjuerna (observationer januari – mars 2003). Vid projektledarens kontakter med dem framhöll de att de hade stor arbetsbörda vid intervjutillfället (intervju 030415). Projektledaren intervjuade dock alla personligen och/eller via telefon vid ett senare tillfälle. Jag har inte delgivits vad som framkom vid dessa intervjuer.

I det följande återger jag med hjälp av de fyra kategorierna vårdplanering, informationsöverföring, tillgänglighet och kompetensutveckling en del av de diskussioner och synpunkter som framkom vid intervjuer och konferenser. Kategorin kompetensutveckling används först vid beskrivningar från andra konferensen. Jag har inte namngett de två kommuner och nio primärvårdsenheter som deltar i projektet, utan utsagor som förekommer

anges endast utifrån yrkes- och vårdgivarekategori. Jag använder begreppet sjukhus/sjukhusvård synonymt med slutenvård.

Vårdplanering

När en vårdtagare finns på en avdelning i samband med sjukhusvård skall det upprättas en vårdplan. En vårdplan måste vara upprättad för att ett kommunalt betalningsansvar skall träda ikraft. Planen skall vara ett verktyg för sjuksköterskor och annan vårdpersonal i deras behandling och omvårdnad av patienten. Planen bygger på patientens resurser, problem och behov men innehåller även läkarens ordinationer, omvårdnadsdiagnoser, planerade åtgärder samt anvisningar och resultat. Patienter och anhöriga skall om möjligt delta vid framtagandet av planen. Under denna kategori tar jag upp insatser och behov som inte stämmer samt snabb utskrivning.

(i) Insatser och behov stämmer inte

Samtliga vårdgivare tog upp problem med vårdplanering för Botvid. Inom slutenvården ställde man sig frågande till om det var nödvändigt att komma till sjukhuset för detta. ”När det uppstår en omöjlig hemsituation för vårdtagaren kommer denne hit. Men det är väl kommunens uppgifter eftersom vårdtagaren i de flesta fall behöver mer omvårdnad” säger en sjuksköterska. Inom hemtjänsten framhåller man att de anhöriga borde få delta mer i den planering, som sker på sjukhuset, än de får idag. En sjuksköterska framhåller att ”Man borde sitta ned och diskutera mer med dem om vad som behövs”. Ett par undersköterskor framhåller att de inte får delta vid vårdplaneringar, vilket skapar problem för dem. Enligt dem ”vet inte sjukhusets biståndshandläggare hur vi jobbar ute, vårdtagaren blir lovad för mycket mot vad vi kan hjälpa till med, vilket leder till att vi inte kan fullgöra vad de bestämmer”. Konsekvensen enligt dem blir att ”Botvid känner sig lurad när han inte får det han blivit lovad” och det är inte bra enligt dem. ”Det känns som om vi har stort ansvar men att vi kan inte vara med och påverka” fortsätter de. ”Det blir nu en massa diskussioner i efterhand, som tar bort tid och kraft”.

En kommunal biståndshandläggare framhåller att vårdplaneringen skiljer sig mellan olika avdelningar på sjukhuset. Enligt henne är ”en del är bra medan andra är dåliga. Vid de dåliga får vi hålla koll på läget, annars kan det uppstå överraskningar som skapar oreda i vår planering”. De avvikelser som finns påtalar de för berörd klinik/enhet. En kommunal enhetschef instämmer i detta och framhåller att det råder stor oklarhet hur det skall fungera i

vårdkedjan. Enligt henne ”borde man vara överens om hur man skall arbeta kring vårdplanering. Detta eftersom det finns skillnader beroende på vilken avdelning/enhet man diskuterar eller planerar med”.

Inom primärvården framhåller några distriktssköterskor att de inte kan delta i vårdplanering på sjukhuset eftersom den sker samtidigt som de har egen telefontid och mottagning. De har framfört att det skulle vara bra om planeringen skedde på eftermiddagar för att möjliggöra deltagande från deras sida, men de har inte fått gehör eftersom det ”finns många viljor” enligt dem. De är också kritiska till att vårdtagaren emellanåt skickas hem från sjukhuset utan vårdplanering. Detta är enligt dem särskilt problematiskt om vårdtagaren behöver larm eller specialsäng.

(ii) Snabb utskrivning

En sjukgymnast inom SÄBO är mycket irriterad över att man på sjukhuset inte är ärlig i sin information till Botvid då denne skrivs ut från en avdelning. Enligt henne säger de på sjukhuset ”Det ordnar sig när du kommer hem. Nån kommer!” Hon exemplifierar med att vårdavdelningen kan ringa på en torsdag⁴² och tala om att eventuellt så kommer Botvid hem i morgon. Men under fredagen hör hon inget från dem men ”Botvid kommer hem i ambulans och ingen vet då hans vårdbehov”, säger hon. Även en distriktssköterska framhåller att det ofta sker ”akuta utskrivningar från sjukhuset”. Detta problem berörs även av enhetschefer inom hemtjänsten. De framhåller att vårdtagarna skickas hem från sjukhuset med för kort varsel och med knapphändig information eftersom sjukhuset anser att de inte kan göra mer, de betraktas som utskrivningsklara⁴³. ”Vårdtagarna känner sig utsparkade” enligt en av enhetscheferna. För egen del menar de också att ”Man tar åt sig, att hela tiden skickas patienter hem som inte är bra eller fortfarande sjuka, vilket leder till att vissa enhetschefer slutar medan andra bränner ut sig”.

En sjukgymnast inom primärvården framhåller också att det är problem då Botvid snabbt skrivs ut från sjukhuset, särskilt om han behöver hjälpmedel. ”Alla hjälpmedel finns inte i lager och det tar därför extra tid att beställa och ibland även montera dem” framhåller hon.

⁴² Enligt ett internt dokument (020210) skall vårdavdelningen meddela utskrivning av patienten en dag i förväg.

⁴³ Genom en lagändring 2003 om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ändrades begreppet medicinskt färdigbehandlad till utskrivningsklar. Innebörden av detta begrepp är: ”patient som av den behandlade läkaren inte längre bedöms behöva sluten vård”. För att ett betalningsansvar skall träda ikraft måste en vårdplan vara upprättad (www.skil.se).

”Patienten blir lidande av detta eftersom deras rehabilitering och tillfrisknande kan fördröjas utan hjälpmedel”. I detta instämmer en arbetsterapeut inom hemtjänsten. Hon säger att det är ”stor motorväg från sjukhuset men en liten krokig byväg till sjukhuset”. De snabba utskrivningarna kan ibland innebära att hennes vårdtagare står utan specialhjälpmedel, som sängar och larm, vilket försvårar såväl för henne som för anhöriga. Enligt en arbetsterapeut på sjukhuset försvåras hennes arbete av att det är olika regelsystem för hjälpmedel inom slutenvård och kommunal vård. Inom den kommunala vården är det arbetsterapeuten som provar ut arbetstekniska hjälpmedel medan det inom slutenvården är arbetsterapin, som hör till den paramedicinska⁴⁴ verksamheten. ”Detta medför merarbete för oss personal men tyvärr så är det ett problem över hela landet”, konstaterar hon.

Informationsöverföring

En central del i vårdflödet är överföring av information mellan de olika vårdgivarna för att säkerställa adekvat utredning, diagnostik, behandling eller rehabilitering. Idag finns brister i överföringen mellan vårdgivarna. Information är inte tillgänglig ”on line”. Vårdtagarna får även olika information vilket skapar en mängd problem och irritation hos inblandade parter, vilket olika utsagor från nyckelpersonerna nedan visar. Under denna kategori har jag tagit upp informationsdokument i form av patientjournaler och medicinlista.

Patientjournalen skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. En patientjournal rymmer därför alla de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient. Den innehåller även uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Patientjournaler är sekretesskyddade.

I behandlingen av äldre vårdtagare används ofta flera olika mediciner och en medicinlista visar de doser av mediciner som en vårdtagaren använder eller ”står på”.

⁴⁴ Till gruppen paramedicinare räknas till exempel sjukgymnaster och dietister.

(i) *Patientjournaler*

Inom slutenvården påtalar personal att det finns brister i informationsöverföringen mellan dem och kommunens hemtjänst. Det kommunala hemvårdsdokumentet⁴⁵ med bland annat aktuell medicinlista och viktiga telefonnummer finns inte alltid med vårdtagaren när denne kommer till mottagande klinik. ”Tyvärr är detta ej rutin vilket bidrar till problem och extra arbete för oss på avdelningen” framhåller en sjuksköterska. Kommer vårdtagaren med ambulans är dock i de flesta fall dokumentet med in till akuten enligt ambulansförarna. En arbetsterapeut på sjukhuset påpekar att man har olika journalsystem inom sjukhuset och kommunen. Detta påverkar hennes arbete eftersom det innebär två olika rutiner. ”Det borde vara en enhetlig rutin för utrustning” enligt henne. Hemtjänsten å sin sida klagar på att det i hemvårdsdokumentet saknas såväl vilka medicinska som sociala åtgärder som vidtagits på sjukhuset. ”Att sitta i telefon för att få dessa uppgifter finns inte utrymme för jämnt” påpekar enhetschef A. ”Det vore önskvärt att vi hade samma datasystem vilket skulle medföra att vi skulle kunna gå in i varandras journalföring”⁴⁶ framhåller enhetschef B. I primärvården går det bara att läsa journaler för vårdtagare, som finns på den egna vårdcentralen. ”Om läkaren finns på en annan vårdcentral⁴⁷ eller i specialistvården kan jag idag inte gå in och ta del av journalen”, säger en sjukgymnast. ”Vårdtagaren tror dock att jag vet vad specialistläkaren skrivit” enligt henne. Ett annat klagomål som framförs av en distriktssköterska är att de inte får epikriser med automatik från specialistvården. ”Vi får faktiskt be att få dem faxade till oss”, säger hon.

(ii) *Medicinlista*

Enligt en sjuksköterska inom SÄBO ”kollar inte läkarna medicinen innan de sätter in ny”. Primärvårdsläkaren och specialistläkaren borde samtala eller ringa till varandra framhåller hon. ”Om syrrorna har en fråga ringer de avdelningen men ej läkarna – varför kan dom inte göra det?” Apotekspersonal framhåller brister i informationen mellan dem och

⁴⁵ Hemvårdsdokumentet är framtaget för informationsöverföring mellan hemtjänsten och primärvården/vårdcentralen (VC) och bygger på basfakta om vårdtagaren (vem eller vilka man skall vända sig till på VC, vilken medicin som används, anhöriga etc.).

⁴⁶ Sekretesshinder föreligger inte när det gäller att lämna namn och personnummer för vårdtagare som beräknas kräva andra enheters insatser efter utskrivning från slutenvården (internt dokument 030402).

⁴⁷ Under intervjuerna framfördes ibland frågan varför man får välja läkare i primärvården men inte distriktssköterska (som är bunden till visst geografiskt område) eller läkare inom slutenvård.

sjuksköterskor/läkare. ”Vi tycker att de alltför ofta använder akut på förskrivningen istället för att kontakta oss och diskutera förskrivning och dosering” påpekar farmaceut A. ”Nu gör vi i ordning medicin som ingen sedan hämtar ut”. De framhåller att det inte är de som är informationsansvariga för att medicinen skall hämtas ut – ”det är läkarens uppgift” (farmaceut A). De är också kritiska till att ”man bara sätter in och sätter in läkemedel – det borde ju diskuteras” (farmaceut B). De berättar att läkarna på vårdcentralen varje år skall göra en genomgång av ordinationskort/förskrivningsbild och kontrollera den medicinering som patienten står på. ”Alla gör inte en ordentlig genomgång med provtagning för att bedöma om det föreligger behov av insatt medicin utan man tittar snabbt igenom och skriver på” (farmaceut B). Att det förhåller sig på detta vis enligt farmaceut B ”kan vara för att läkarna har stor respekt för varandra och de vill inte lägga sig i andra läkares ordination”. Enligt farmaceuterna framhåller Socialstyrelsen att man skall se till helheten och ”inte plocka isär i bitar men det är precis vad man gör för Botvid. Ingen verkar ju vilja ta helhetsbiten för Botvid” konstaterar de gemensamt.

Tillgänglighet

Med tillgänglighet avses vårdtagarens möjligheter att nå en vårdgivare via akuta besök och/eller telefonkontakter. Men den avser också olika vårdgivares möjligheter att nå varandra via telefon, fax och dator. När en vårdtagare kommer akut, det vill säga oplanerat, till sjukhuset omhändertas denne på akutmottagningen. För besök eller vård som däremot bedöms som icke-akuta finns olika former av vårdgarantier⁴⁸. Under denna kategori redovisas telefontider, väntan och brist på korttidsplatser.

(i) Telefontider

Såväl personal från slutenvård som kommunal vård- och omsorg påtalar svårigheter att nå distriktsköterskor i primärvården. Anledningen är att de enbart kan nå dem på samma telefontider som allmänheten. Slutenvården lämnar därför telefonmeddelanden till dem om att de vill bli uppringda. Ibland skickar de också fax men de vet inte alltid om informationen går

⁴⁸ Från november 2005 gäller en ny nationell vårdgaranti, där vårdtagaren skall få kontakt med primärvården samma dag. Om kontakten innebär att vårdtagaren behöver träffa en primärvårdsläkare skall tid erbjudas inom sju dagar och hos annan specialist inom högst 90 dagar. Bedömer denne specialist att en operation är nödvändig gäller även där max 90 dagars väntetid. Vårdgarantin omfattar inte vissa diagnostiska procedurer, till exempel röntgenundersökningar, vilket kan förlänga 90-dagarsperioden (internt material från landstinget).

fram ”eftersom de inte får kvittens på den” säger en sjuksköterska. Flera sjuksköterskor framhåller också att distriktssköterskorna i många fall tar lång tid på sig att ringa upp. ”Kommunikationen skulle underlättas om det fanns en lista över aktuella områden där distriktssköterskorna jobbar samt vilka telefonnummer som är aktuella” enligt en av dem. Undersköterskor inom hemtjänsten klagar också på svårigheter att nå distriktssköterskorna i primärvården. ”Vi har precis samma telefontid som allmänheten när vi behöver söka henne” säger undersköterska A. ”Det resulterar i att vi får ta ett alldeles för stort ansvar, särskilt vid krissituationer då vi snabbt behöver nå dem för råd. Det borde finnas en distriktssköterska enbart för hemtjänsten” enligt undersköterska B. De tycker också att distriktssköterskorna borde ha ”mer riktad telefontid och mobiltelefoner” för att öka tillgängligheten för dem. ”Vissa problem skulle då kunna lösas utan att Botvid behöver åka till akuten” (undersköterska A).

En distriktssjuksköterska uppger dock att hon är tillgänglig för hemtjänsten andra tider än den officiella telefontiden. Hennes uppfattning är att ”de skall kunna nå mig även andra tider och dagar varför de har ett hemligt nummer de kan nå mig på”. Men hon har också en röstbrevlåda som hon läser av kontinuerligt. Men hon framhåller samtidigt att det skulle vara bra om hon ”hade en mobiltelefon för då kan jag lösa vissa problem per telefon istället för att Botvid skall åka till akuten”.

(ii) Väntan

Personal på akutmottagningen framhåller att Botvid kan få vänta mycket lång tid när han kommer med remiss från vårdcentralen, särskilt om han skall till röntgen. ”Han kan få sitta hela dan och vänta. Han borde gå direkt till röntgen och inte komma tillbaka till mottagningen och vänta på läkaren igen” enligt en sjuksköterska på mottagningen. En sjuksköterska från en vårdavdelning framhåller att kommun Alfa inte klarar en kontinuitet i vårdkedjan vilket innebär att deras vårdtagare får längre vårdtid på sjukhuset, vilket leder till att ”de överhospitaliseras”. Samma sjuksköterska framhåller också att hon vid utskrivning av en vårdtagare kan få ägna upp till fem tim/dag med alla kontaktpersoner som skall vidtalas. ”Patienter saknar ibland kläder när de skall åka hem, vilket medför att de får vänta till nästa dag eftersom hemtjänsten först då kommer med kläderna. Men det skall väl inte vara ett skäl att stanna kvar på avdelningen?” enligt henne. En sjukgymnast inom primärvården pekar också på de långa väntetider som gäller för smärtbesök och viss röntgen. Detta kan påverka patienternas tillfrisknande enligt henne. ”Problemet kanske blir kroniskt om man måste vänta

tio månader för att få tid. Akutbegreppet betyder ju en sak för patienten och en annan för sjukhuset”, säger hon.

(iii) Brist på korttidsplatser

Bristen på korttidsboende inom kommun Beta tas upp av en distriktssköterska. Hon menar att detta medför ”att Botvid åker ut och in till akuten flera gånger, vilket inte är bra för honom. Här borde kommunen göra något” påtalar hon. Bristen på korttidsplatser framhålls även av enhetschefer inom hemtjänsten, som menar att ”vårdtagaren snart kan vara tillbaka på sjukhuset fast det egentligen är mer omvårdnad de behöver och inte sjukhusvård”.

5.7.5 Förbättringsförslag

De olika problem som noterats ovan resulterade i att man under konferensen i april diskuterade mer ingående kring hur informationsöverföring och vårdplanering kunde bli bättre, samt hur nyckelpersonerna kunde öka sin förståelse och kompetens om varandras arbete. Projektledaren påpekar vid konferensen att ”alla måste ta eget ansvar när det gäller information” (observation april 2003). ”Ni kan inte bara skylla på andra när ni inte får den information som ni anser att ni behöver, ni måste också själva börja med att fråga er vilken information ni själva kan ge” framhåller hon. Om de inte själva visste svaret på problemet/frågan måste de enligt projektledaren ”börja spana själva och inte förvänta sig att någon annan skall ge dem svaret eller informationen”. För att poängtera detta använder hon följande uttryck: ”ingen aning - börja spaning”. Projektledaren formulerade också ett ”motto” för konferensen och det arbete som bör vidtas på den egna arbetsplatsen. Mottot var ”En förändring öppnar ofta dörren till andra förändringar”.

Konferensen genererade ett antal förbättringsförslag av vilka jag redovisar de som fanns inom de kategorier jag valt att använda.

Vårdplanering

Vårdplanering uppfattades vara ett område som orsakade många problem för berörda aktörer. Vid konferensen fick därför nyckelpersonerna information om hur en vårdplanering kan gå till. Två biståndshandläggare redogjorde för planeringen och visade den blankett som har använts sedan 1995. Blanketten kritiserades av flertalet deltagare för att inte motsvara dagens informationsbehov. Men denna kritik menade biståndshandläggarna var inadekvat. De framhöll snarare att det mycket väl gick att använda blanketten och fylla på med det som

önskades⁴⁹. Projektledaren var dock inte helt nöjd med informationen kring vårdplaneringsblanketten, framhåller hon vid ett samtal med mig (030429). Orsaken var att biståndshandläggarna inte hade gått igenom de tydliga riktlinjer, som fanns för informationsöverföring vid utskrivning från specialistklinik från sjukhuset till övriga vårdgivare. Hon hade bett dem ta upp och gå igenom riktlinjerna eftersom de inte följs. I riktlinjerna står bland annat ”att det vid utskrivning av en patient med behov av fortsatt vård, behandling och omvårdnad, snarast, eller i vissa fall omgående, information skall överföras till berörd personal på andra vårdnivåer, det vill säga familjeläkare/vederbörande vårdcentral” (internt dokument 020210). I förekommande fall skall också sjuksköterska inom kommunens särskilda boenden, distriktssköterska eller sjuksköterska på annan specialistklinik eller rehabiliteringspersonal i primärvård eller kommun få ett utskrivningsmeddelande/slutanteckning. Det framgår också att det är först sedan utskrivningsmeddelande/slutanteckning nått mottagarna som ansvaret anses ha gått över till nästa vårdnivå. Det står också att utskrivningsmeddelande från läkare skall finnas på utskrivningsdagen samt slutanteckning/medicinsk epikris inom en vecka. Om epikris skrivs samma dag patienten lämnar sjukhuset och faxas till aktuell vårdcentral behövs däremot inget utskrivningsmeddelande. Det framgår av riktlinjerna att epikrisen/slutanteckningen skall ha en sådan utformning att innehållet förutom att motsvara den egna klinikens krav också ”tillfredsställer familjeläkarens/patientansvarig läkares krav på adekvat information” (ibid.).

Informationsöverföring

Under konferensen togs såväl brister i informationsöverföringen upp, som vilken typ av information, skriftlig eller muntlig, som vårdgivarna lämnar ifrån sig till nästa led, samt vilken information de vill ha vid mottagandet av en vårdtagare från tidigare led. De resonerade även kring vad de själva kunde göra för att förbättra informationsöverföringen.

Vid redovisningarna framgick det att samtliga vårdgivare i huvudsak ville ha skriftlig information vid mottagandet av en vårdtagare och att de vid avlämnandet till nästa led också i

⁴⁹ Vid en diskussion med en av projektledarens assistenter under dagen kom det fram att ”det inte bara är att ändra en blankett” (intervju projektassistent 030428). Att göra ändringar, oberoende av storlek, är ett omfattande arbete, som kräver såväl ansökan som motivering till en särskild ”blankettgrupp”. Enligt assistenten ”avstår man därför ibland eftersom det både är krävande och tar lång tid innan en eventuell ändring träder i kraft”.

huvudsak lämnar skriftlig information. Muntlig information kunde dock ges vid behov. Eftersom det förelåg diskrepans mellan önskad och avlämnad information gav de olika vårdgivarna också förslag på vilka förbättringar de kunde göra. Till exempel menade slutenvården att de kunde vara noggrannare med att information gavs till rätt person, att de skulle ta som rutin att skicka fax till berörd vårdcentral och att de kunde bli bättre på att kontrollera om Botvid hade hemtjänst.

Åtgärder som föreslogs var att skriftligt besked skulle följa Botvid från primärvården och specialistmottagning till hemvårdspersonal. Det så kallade hemvårdsdokumentet menade man kunde användas och följa med Botvid. I detta dokument kunde även information om Botvids funktionsstatus och aktuella läkemedel noteras, vilket efterlystes av framförallt primärvårds- och hemtjänstpersonal. Primärvården framhöll att de kan bli bättre på att övervaka faxen och att alltid ha uppdaterade telefon- och områdeslistor för distriktssköterskorna. Kommunerna i sin tur menade att de kunde bli bättre på att ge ”dos.disp⁵⁰- information” till Apoteket då Botvid läggs in på sjukhus. De kunde också ange paramedicinans namn i hemvårdsdokumentet. De kunde också bli bättre på att samarbeta med hemsjukvård/distriktssjuksköterskor. Grupperna föreslog också att det borde finnas en informationsansvarig person på varje enhet som har till uppgift att se till att all personal är uppdaterad om gällande informationsöverföringsrutiner. Det bör därför skapas en handbok, där det skulle finnas anvisningar om vad som ruinmässigt gäller vid kommunikation och överföring av information till olika vårdgivare/nivåer.

De förbättringsförslag som angavs för informationsöverföring kan sammanfattas enligt följande:

- rätt information till rätt person
- en informationsansvarig på varje enhet/avdelning
- skapandet av en rutinhandbok

Tillgänglighet

En annan aspekt som diskuterades och lyftes fram som problematisk var tillgängligheten för vårdtagarna samt behandling av dem på rätt vårdnivå. Ett problem i nuläget är att Botvid

⁵⁰ Dos.dispar beställs via Apoteket och innehåller en patients medicindoser med datum och klockslag då doserna skall tas.

måste gå via akutmottagningen när han behöver specialistkompetens. Målet enligt deltagarna bör vara att Botvid kan komma direkt till en vårdavdelning och/eller specialist. Den åtgärd som föreslogs var att primärvårdsläkaren skulle ha möjlighet att konsultera medicinspecialister via en direktlinje. Om de kommer överens om att Botvid behöver sjukhusvård skriver primärvårdsläkaren en inläggningsjournal. Denne tar sedan kontakt med vårdplatskoordinatören på sjukhuset för att bestämma när Botvid skall läggas in och på vilken vårdplatsenhet. Botvid behöver genom denna åtgärd inte besöka akutmottagningen utan han får besked om när han skall infinna sig på den avdelning, som ansetts lämplig.

Ett annat tillgänglighetsproblem är de långa väntetider som fanns på akutmottagningen för Botvid. En viktig målsättning blev att minska antalet akuta besök genom att skapa ett team som istället skulle besöka Botvid i hemmet.

En annan åtgärd som föreslogs var att mer läkartid skulle finnas för Botvid, om han bor på särskilt boende (SÄBO). Detta för att kunna lösa ”små problem”. Önskemål fanns även att läkarna skulle avsätta mer tid för konsultationer för boende som fanns inom denna kategori av kommunalt boende. De som har SÄBO finns där för att de har stora omvårdnadsbehov och svårt att klara ett eget boende. På SÄBO har de tillgång till omvårdnadspersonal dygnet om. Sammanfattningsvis gavs följande förbättringsförslag när det gäller tillgänglighet:

- Primärvårdsläkaren skall konsultera specialistläkaren via en direktlinje
- Skapa ett team som besöker Botvid i hemmet
- Mer läkartid för Botvid i SÄBO

Kompetensutveckling

En orsak till att nuvarande flöde inte fungerade mellan de olika vårdgivarna var att nyckelpersonerna upplevde att det fanns ”vattentäta skott” mellan dem (observationer januari-april 2003). I utsagor vid intervjuer och konferenser framkom det att det saknades kunskaper, förståelse och kanske också respekt för varandras verksamheter och förutsättningar. En viktig del i utvecklingen av vårdflödet var därför att öka kompetensen om varandras verksamheter och förutsättningar. Grupperna föreslog därför att det revirtänkande som de upplevde fanns mellan såväl vårdnivåer som yrkeskategorier skulle kunna minskas genom att de gjorde återkommande studiebesök och/eller auskultationer hos varandra. Även utbildningsinsatser föreslogs. Genom dessa åtgärder menade man att såväl person- som verksamhetskänedom kunde uppnås, vilket i sin tur bidrar till förutsättningar att skapa hög kvalitet i vårdkedjan.

Ytterligare ett problem som togs upp var att antalet inblandade personer som förekommer i vårdtagarens behandling ansågs vara för stort. För att skapa trygghet för vårdtagaren menade de att målet borde vara att minska antalet personer kring Botvid genom att skapa ett vårdlag. Detta vårdlag kunde också bidra till en helhetssyn på Botvid och hans behov. I ett vårdlag kan en ökad förståelse för varandras arbetsuppgifter uppstå, vilket kan bidra till kompetensutveckling för alla i vårdlaget. De åtgärder som föreslogs för att öka kompetensutvecklingen var:

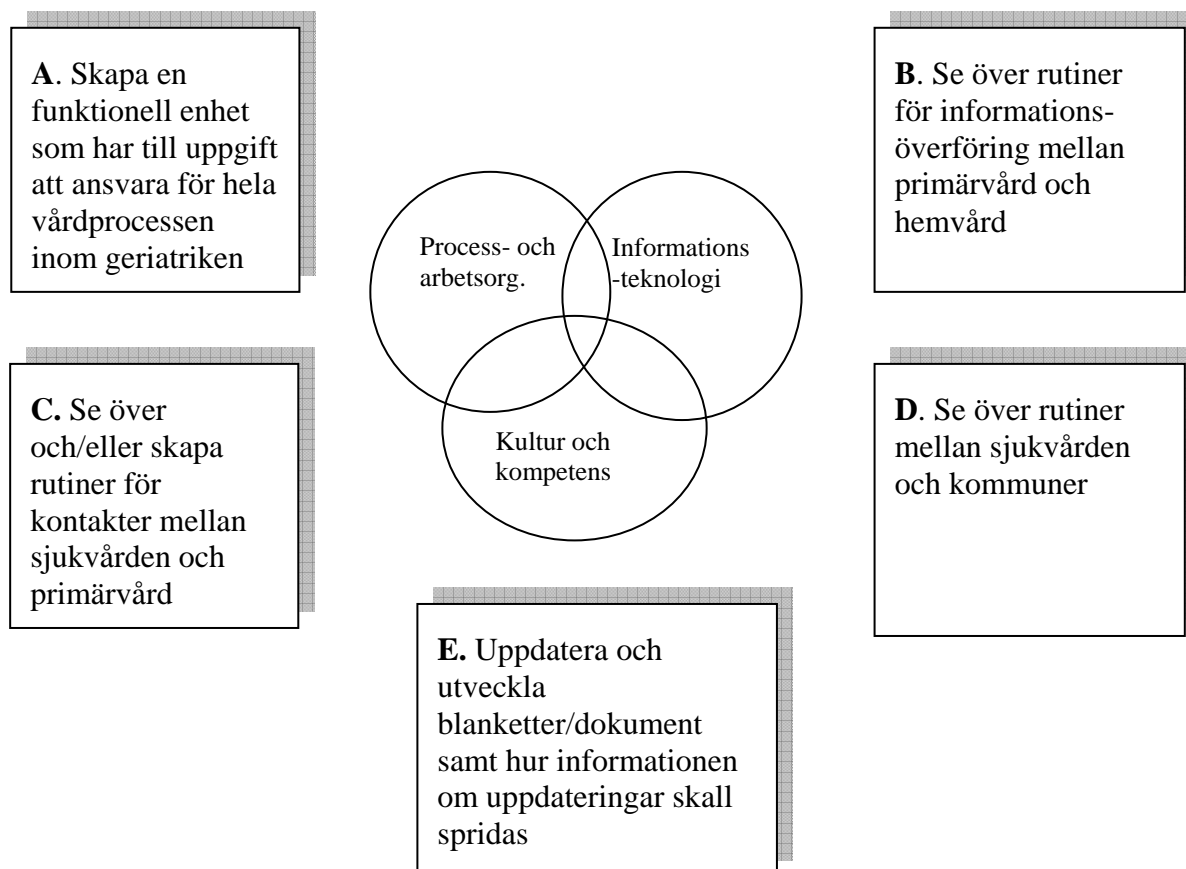
- Minska revirtänkandet genom auskultation, studiebesök och utbildning
- Skapa ett vårdlag kring Botvid som möjliggör kompetensutveckling för alla yrkeskategorier som deltar i laget

Summerar vi denna andra konferens har den resulterat i ett antal förslag om mål och åtgärder inom vårdplanering, informationsöverföring, tillgänglighet och kompetensutveckling för att öka kvaliteten i Botvids vårdprocess. De inkomna förslagen bearbetades av styr- och ledningsgrupperna, som till den sista konferensen kom fram med ett antal prioriteringar som nyckelpersonerna hade att ta ställning till.

5.7.6 Förslag till handlingsplan

Till den sista konferensen samlades förutom nyckelpersonerna och projektledningen även personer från styr- och ledningsgrupperna. Verksamhetschefen hälsade alla välkomna och hoppades att de skulle ”inse värdet i samverkan” och att det var ”viktigt att alla ökade engagemanget i detta samarbete”.

Utifrån de inkomna förslagen hade styr – och ledningsgrupperna prioriterat fem övergripande åtgärdsområden, som i sin tur innehöll ett antal delåtgärder, se figur 5.7. Nyckelpersonerna skulle utifrån dessa åtgärdsområden gemensamt komma fram till vilka delåtgärder de uppfattade borde prioriteras i handlingsplanen. De skulle också fundera på hur åtgärderna strategiskt skulle kunna genomföras och vilka svårigheter som kunde finnas vid genomförandet. Slutligen skulle de även ge förslag på vem som borde vara ansvarig för genomförandet samt tidsplan för åtgärderna.



Figur 5.7 Prioriterade åtgärdsområden från styr- och ledningsgrupperna

Samtliga åtgärder under punkterna A-E i figur 5.7 hade klassificerats utifrån grad av nytta och görbarhet. Nyttan delades in i hög eller låg medan görbarhet handlade om hur svårt eller lätt det var att genomföra en viss åtgärd (internt dokument 031009). Den första åtgärden, A, ansågs ha stor nytta men var svår att genomföra eftersom den var beroende av resurser. Åtgärd B till D ansågs också vara till stor nytta men förhållandevis lätt att genomföra. Den sista åtgärden, E ansågs också ha stor nytta men var medelsvår att genomföra.

I det följande anges ett antal åtgärder som nyckelpersonerna ansåg borde ingå i handlingsplanen. Beskrivningen är inte fullständig utan de åtgärder jag anger skall ses som illustrationer i kategorierna informationsöverföring, tillgänglighet och kompetensutveckling. Jag anger dock till vilket prioriterat område som förslaget kan räknas.

Informationsöverföring

Det som nyckelpersonerna prioriterade var rutiner för informationsöverföring mellan samtliga tre vårdgivare. Antingen skulle nuvarande rutiner förbättras och/eller nya skapas för att

underlätta informationsöverföringen och kommunikationen. Prioriteringarna berörde åtgärdsområdena B, C och D i figur 5.7.

(i) Utveckling av hemvårdsdokumentet

För att se över rutiner och/eller skapa nya rutiner mellan akutmottagning på sjukhuset och primärvård och kommuner gavs förslaget att utveckla hemvårdsdokumentet så att det kunde fungera mellan alla tre vårdgivarna. Dokumentet kunde kompletteras med en svarsdel som skulle användas när Botvid har varit på besök i primärvården eller på akutmottagningen. I svarsdelen skulle det framgå vad som hände vid besöket och vad som planerats i form av återbesök eller undersökningar. Även paramedicinsk information var viktig att ha med i dokumentet enligt nyckelpersonerna. Svårigheter, som grupperna menade kunde uppstå vid genomförandet, handlade dels om den sekretess som finns mellan huvudmännen, dels att det nya dokumentet kunde komma att ”rubba gamla rutiner”. Ansvar för genomförandet menade nyckelpersonerna skulle ligga på chefsnivå hos de olika vårdgivarna och utvecklingen av det gemensamma dokumentet borde starta redan under 2004.

Vid redovisning av denna åtgärd uppstod diskussioner om vad som skulle finnas i dokumentet. Enligt hemvårdspersonalen behövde de i första hand inte ha medicinsk information utan de efterfrågade snarare information om Botvids allmäntillstånd, om prover som tagits varit bra eller ej, om han kanske behövde ha speciell kost etc. I detta instämde även andra nyckelpersoner och framhöll att det kanske inte var medicinsk behandling som Botvid behövde utan snarare mer omvårdnad. Verksamhetschefen påpekade att ”det kanske är så att vi skapar våra egna problem eftersom vi inte har någon framförhållning, kanske vi skall göra en demensutredning tidigare så att vi undviker den panik som ibland uppstår”. Personal inom hemvården svarade att ”så jobbar vi redan, vi samlas till möten och diskuterar olika personer om vi ser att de blir sämre. Då sätter vi in förebyggande åtgärder”.

Flera nyckelpersoner uttryckte en viss oro för att personal kunde komma att tveka att ta på sig nya uppgifter, som till exempel att fylla i en ny blankett, om man inte förstår varför den är viktig. Andra framhöll att man borde se över alla blanketter. De menade att det säkerligen skulle gå att ”rensa bort en del”.

Tillgänglighet

För att öka tillgängligheten för såväl vårdpersonal som vårdtagare prioriterade nyckelpersonerna bland annat inköp av mobiltelefoner till distriktssköterskorna och att skapa

en bättre hemsjukvård En annan prioritering de föreslog var att primärvårdsläkaren skulle kunna skriva in en vårdtagare direkt till korttidsboende, för att underlätta dennes rehabilitering. Detta senare förslag räknas till kategori A i figuren, medan de övriga ingår i B och C.

(i) Inköp av mobiltelefoner till distriktssköterskor

Ett viktigt område som berördes var hemvårdspersonal och deras behov av att få rådgivning av distriktssköterskorna när de är hemma hos en vårdtagare. Enligt nyckelpersonerna borde strategin vara att mobiltelefoner inköps till samtliga distriktssköterskor. De svårigheter som de uppfattade kunde uppstå var en ovilja hos distriktssköterskorna att använda telefonerna. Ansvaret för inköp skulle falla på verksamhetschef inom primärvården och inköpen borde ske under 2004.

Redovisningen av denna åtgärd medförde ett flertal inlägg. Många uppfattade att distriktssköterskorna hade en negativ inställning till mobiltelefoner. Enligt flera nyckelpersoner ville de inte "bli störda" men de frågade sig varför den enskilda distriktssköterskan skulle få bestämma hur hon ville ha det, särskilt om detta var en framgångsfaktor i hela projektet enligt dem. Projektledaren svarade på detta att det sannolikt behövdes en omprioritering så att mobiltelefonfrågan lyftes upp på ledningsnivå eftersom den i dagsläget utgjorde en svag länk i kedjan. Ledningsgruppen som var närvarande svarade att de skulle "ta med sig frågan". Även frågan om vem som skulle hantera och ansvara för faxen ansågs vara en ledningsfråga på samma grunder som den om mobiltelefonerna. Nyckelpersonerna efterlyste "direktiv" för hur personal skulle behandla denna fråga.

(ii) Geriatriskt ansluten hemsjukvård

För att skapa en funktionell enhet som ansvarar för hela vårdprocessen inom geriatriken⁵¹ föreslogs att man skulle starta GAH (Geriatriskt ansluten hemsjukvård). GAH skulle göra insatser i eget och särskilt boende, men även hembesök vid larm från de boende och då göra en första medicinsk bedömning. För att testa förslaget borde ett pilotprojekt startas menade man. Enligt nyckelpersonerna var en av svårigheterna med GAH att det skulle beröra två huvudmän med olika vårdkulturer (kommun och landsting), vilket kräver politiska beslut. En

⁵¹ Geriatrik är läran om åldrandet.

annan svårighet enligt dem var att det är lågt intresse för äldre vård. Ansvarig för förslaget skulle vara verksamhetschefer och ett pilotprojekt borde startas under 2004 enligt grupperna.

(iii) Rätt vårdnivå

Ytterligare en åtgärd som fördes fram var att primärvårdsläkaren skulle kunna göra inläggning av vårdtagaren direkt till kommunalt korttidsboende. Det fanns behov av en geriatrisk vårdform mellan kommun och slutenvård enligt flera nyckelpersoner. Strategin var därför att få både kommun och landsting att inse vikten av att vårdtagaren hamnade på rätt vårdnivå. Svårigheter, som kunde uppstå vid genomförandet, kunde vara brist på korttidsplatser och kompetent personal samt att förslaget berörde två huvudmän. Ansvariga borde vara politiker och enligt nyckelpersonerna kunde det ta lång tid att genomföra denna åtgärd.

Kompetensutveckling

Större förståelse och kunskap om de olika vårdgivarnas arbetsuppgifter och verksamheter är en central del i skapandet av en gränslös vårdkedja. Om flödet skall kunna effektiviseras och patienten skall känna sig trygg måste personal på alla nivåer känna till vilka vårdinsatser som föregått respektive kommer efter den behandling som ges. Såväl studiebesök som auskultationer har tidigare föreslagits av nyckelpersonerna, som ett medel att öka kunskapen och förståelsen för varandras arbetsuppgifter. Nu föreslogs även att sjuksköterskor inom slutenvården kunde vidareutbilda primärvårdspersonalen inom diagnoser som diabetes, hjärtsvikt, demens etc. Detta är stora, relativt entydiga diagnoser, som lämpar sig att beskriva som ett givet förlopp från fastställande av problem till åtgärd och kontroll. De risker som grupperna tog upp med vidareutbildningen var främst ekonomiska - det var nio vårdcentraler som behövde utbildning. Ansvariga borde vara en ledningsgrupp med olika verksamhetschefer från de olika vårdgivarna. Utbildningsinsatser borde starta 2004 och därefter ske kontinuerligt enligt grupperna.

Andra åtgärder, som prioriterades för att förbättra samarbetsrelationerna, var att skapa nätverk mellan vårdgivarna. Den strategi som föreslogs var att använda nuvarande vårdlagsmöten där olika yrkeskategorier och huvudmän ingick. Men även det nätverk som redan finns mellan sjuksköterskor inom slutenvården och distriktssköterskor (kallas för Länken) borde utnyttjas bättre menade man. Nyckelpersonerna ansåg att det också var viktigt

att stödja det nätverk som kliniska adjunkter⁵² har - där ingår sjuksköterskor från kommun, primärvård och slutenvård. Ansvariga för åtgärderna bör vara verksamhetschefer/områdeschefer och "nätverkandet" bör utvecklas omgående enligt nyckelpersonerna.

När förslagen hade redovisats och konferensen närmade sig slutet tackade projektledaren nyckelpersonerna för deras insatser. Hon framhöll att mycket arbete återstod och att den energi som behövdes för detta kommer att "gå upp och ned eftersom det inte finns någon rak linje" enligt henne. Trots detta menade hon att man "ibland måste sätta ned foten även om det är otryggt och ta små, små steg framåt". Hon berättade också att det i dagsläget inte var klart hur projektledningen skulle gå vidare med projektet. Enligt projektplanen skulle en definitiv handlingsplan tas i styrgruppen under oktober/november 2003. När planen är tagen är tanken att nyckelpersonerna på sina respektive arbetsplatser skall starta processer och/eller projekt för att implementera de åtgärder som föreslagits. Olika grupper skulle då jobba såväl inom de enskilda enheterna, som mellan slutenvård och hemvård, eller också mellan primärvård och slutenvård och/eller i projekt där alla tre vårdgivarna är inblandade (intervju projektledaren 031009). Projektledaren lovade att hålla nyckelpersonerna underrättade om hur det fortsatta arbetet skulle bedrivas.

Ovan har jag angett ett antal olika åtgärdsområden/delåtgärder som nyckelpersonerna prioriterat. De utgör inte en heltäckande beskrivning av alla förslag utan utgår från de huvudkategorier som jag uppfattat gått som en röd tråd genom hela processen. Det finns dock åtgärder som redan har initierats under processens gång. Dessa är (a) nya riktlinjer för informationsöverföring som skall gälla from oktober 2003, (b) kravspecifikationer har lämnats till IT-styrgrupp för att med IT verktyg förenkla informationsöverföring mellan de olika vårdgivarna, (c) åtgärder för epikrishantering har vidarebefordrats till ett projekt för Sekreteraröversyn, (d) information har sänts ut till vårdcentraler om möjligheter att konsultera medicinspecialister per telefon, (e) anställning av en neurosjuksköterska har skett på neurorehabiliteringsavdelningen⁵³.

⁵² De kliniska adjunkterna arbetar på högskolor med vårdutbildningar.

⁵³ Habilitering innebär att ta fram och utveckla individuella förmågor som individen inte haft tidigare (Falk och Nilsson 1999, s 101).

Sammanfattningsvis har nu projekt Botvid kommit ett första steg mot målet att utveckla en arbetsorganisation, som stöder processinriktad sjukvård i samverkan med berörda vårdgrannar. Med hjälp av HPR-metoden, har en kontextuell analys av patienter, samarbetspartners och omvärldsförändringar gjorts. Men också kartläggning av nuläget, det vill säga problem och möjligheter i nuvarande flöde mellan de olika vårdgivarna. Slutligen har ett antal åtgärder utifrån analys och kartläggning prioriterats i en handlingsplan. Åtgärderna syftar till att på sikt effektivisera flödet och reducera väntetider, onödigt dubbelarbete och en mängd frågeställningar som uppstår på grund av brister i kommunikation och informationsöverföring mellan vårdaktörerna. Handlingsplanen väntar nu på att fastställas för att man i nästa fas skall starta olika pilotprojekt⁵⁴ och/eller starta implementeringen av de föreslagna åtgärderna.

⁵⁴ Handlingsplanen kom inte att fastställas enligt den tidtabell som planerats. Orsaken var en pågående organisationsförändring, som syftade till att skapa en närvårdsorganisation. Enligt verksamhetschefen innebär närsjukvård sådan sjukvård som är vanligt förekommande i samhället eller hos den enskilde och som det är kostnadseffektivt att driva lokalt (intervju 040211).

Kapitel 6. Analys

I detta avslutande kapitel finns min analys av det empiriska materialet. Analysen bygger på vad jag har sett i projektet och hur jag skall förstå det, men också på hur man agerat för att utveckla idén om vårdkedjan och vilken roll förändringsstrategin spelat i det sammanhanget. Kapitlet avslutas med mitt bidrag till vårdkedjeforskningen samt en epilog och förslag till fortsatt forskning.

6.1 Vad har jag sett i projekt Botvid?

Mitt deltagande i projekt Botvid startade utifrån en undran om varför det var så svårt att få ömsesidigt beroende, vårdinsatser mellan slutenvård, primärvård och kommunal vård- och omsorg, att fungera på ett bra sätt för patienten. Undran grundades i egna erfarenheter som stöd och medföljare till åldriga föräldrar, som med jämna mellanrum hade⁵⁵ behov av såväl sjukhus- som primärvård. De hade också under de sista levnadsåren särskilt kommunalt boende (SÄBO). Jag har därmed erfarenhet av samtliga de vårdgivare som berörs i föreliggande studie. Genom att följa projekt Botvid har såväl min roll som anhörig/vårdkonsument som mitt forskarintresse för komplexa organisationers verksamhetsutveckling kunnat kombineras.

I projektet såg jag en hel del saker som gav upphov till funderingar och reflektioner. Till exempel förvånade det mig att vårdplanering på sjukhuset verkade vara ett sådant vågspel. På

⁵⁵ De avled båda två i slutet av år 2002.

vissa avdelningar fungerade det, på andra inte. Snabba utskrivningar, som såväl patienter som primär- och kommunalvårdare påtalade, skedde med kort varsel och ofta med knapphändig kommunikation och information. Patienterna lovades också insatser som inte stämde med deras behov. Undersköterskor från kommunalvården men också distriktssköterskor framhöll att de inte fick/kunde vara med vid planeringen, trots att de skulle vilja det. Dessa problem gav upphov till såväl irritation som merarbete för berörda personalgrupper. Slutenvården verkade inte lyssna på deras önskemål. Inte heller verkade de fullt ut följa de klara riktlinjer som finns för utskrivning av en vårdtagare. I dessa riktlinjer framgår tydligt vem eller vilka som skall ha information och när. En distriktssköterska påtalade att hon till exempel alltid måste be slutenvården att faxa epikriser till henne fast det i riktlinjerna står att även distriktssköterskan i förekommande fall skall få ett utskrivningsmeddelande samma dag från läkaren samt slutanteckning/epikris inom en vecka (internt dokument 020210). Enligt riktlinjerna vid utskrivning av en patient övergår ansvaret till nästa nivå då utskrivningsmeddelandet/epikris nått mottagarna. Men intervjuer och diskussioner visade att det saknades kontroller att nästa led i behandlingskedjan, det vill säga rätt person, verkligen mottog information. Hur skall detta tolkas? Räcker det med att slutenvården skickat iväg meddelandet via fax men däremot inte kontrollerar att mottagaren fått meddelandet för att de skall anse sig ha uppfyllt sin uppgift? Informationsöverföringen underlättades inte heller av att de olika huvudmännen har olika patientjournalssystem, vilka inte är kopplade till varandra och läsbara direkt ”on line”.

Andra saker som gjorde mig fundersam var att personal från såväl slutenvård som hemtjänst bara kunde nå distriktssköterskor på deras officiella telefontid och då på samma telefonnummer som allmänheten. Endast i ett fall fanns det ett hemligt telefonnummer som kunde användas av annan personal. Förvånande var också att distriktssköterskorna saknade mobiltelefoner, för att underlätta tillgänglighet och kommunikation, för annan vårdpersonal. Med hjälp av mobiltelefoner skulle ”enkla saker kunna åtgärdas” framhöll nyckelpersonerna och de skulle kunna undvika att, som nu görs, skicka Botvid till akutmottagningen. Aktuella listor över telefonnummer och områden där distriktssköterskorna jobbade saknades också, vilket inte heller underlättade informationsöverföringen. Vem har ansvar för att uppdatering och spridning av listorna sker? Det är vanligt att personal från slutenvården faxar till distriktssköterskorna, för att be dem ringa upp, om de inte kommer fram på telefontiden. En del personal tyckte att distriktssköterskorna tog lång tid på sig att ringa upp. Samtidigt påtalade de att de inte visste om distriktssköterskan får faxet. Men är det relevant att klaga när

de inte vet om distriktssköterskan får meddelandet? Någon kontroll av att hon verkligen får det görs ju inte! Vem har egentligen ansvaret för detta – primärvården eller slutenvården?

En annan aspekt som väckte min undran var att det saknades ett enhetligt samlat dokument där det framgick vilka ställda diagnoser och/eller behandlingar som Botvid har fått. Men också vad som planerats för eftervård och/eller rehabilitering och vilken medicinering som patienten har/skall ha. Snarare hade varje vårdaktör sitt eget dokument som de använde i informationsöverföringen och kommunikationen med varandra. Primärvården och kommunens hemtjänst hade det så kallade hemtjänstdokumentet medan slutenvården hade utskrivningsmeddelanden/epikriser som dokumentationsmaterial. Att ha ett gemensamt dokument torde underlätta informationsöverföringen och skapa trygghet för patienter och vårdpersonal. I ett gemensamt dokument kan såväl personuppgifter, som vårdtagarens medicinska och sociala status (omvårdnadsbehov) samt gjorda och planerade behandlingar i det fortsatta rehabiliteringsarbetet noteras.

Ytterligare en reflektion jag gjorde var att ingen av de sju läkare som deltog i projektet kom till intervju tillfället med projektledaren och hennes assistenter. Deras engagemang och vilja till förändring är synnerligen viktig visar studier. En kartläggning av en hel vårdprocess kan visa hur alla bidrar till slutresultatet och därmed till större förståelse för vad som skapas, särskilt hos läkare, och hur övriga i vårdprocessen bidrar till detta (Trägårdh och Lindberg 2002). Den ömsesidiga anpassning som krävs av berörd personal i vårdkedjan skapar också förutsättningar att bestämma hur en arbetsuppgift skall utföras. Det finns därmed möjligheter att standardisera färdigheter och kunskaper genom att skapa specifika program för arbetsuppgifters utförande (Mintzberg 1983, s 4-8). Men de samordnade strukturer som vårdkedjan kan innebära bidrar till att vårdutövning kan utvärderas på ett annat sätt än tidigare (Blomgren *et al.* 1999). Enligt projektledaren kom inte läkarna eftersom deras patientarbete hade hindrat dem. En annan tolkning skulle kunna vara att deras uteblivande kan ses som ett sätt att motarbeta den ömsesidiga anpassning som krävs i processen, eftersom det kan utgöra en utmaning mot deras traditionella inomprofessionella nätverk (Trägårdh och Lindberg 2002). En mer spekulativ tolkning skulle kunna vara att de inte ville bli intervjuade av en sjuksköterska och hennes assistenter. Professioner som läkare anses ha en stark drivkraft att behålla men även förstärka och utvidga kontrollen över sitt arbete (Blomgren 1999, s 6). Detta gäller också i förhållande till andra professioner, som till exempel sjuksköterskor.

Sjuksköterskor är underordnade läkare och de har under ett antal år försökt hävda ett eget kompetensområde inom fältet omvårdnad.

Sammanfattningsvis pekar min studie på att information går förlorad när vårdtagare skall passera interorganisatoriska gränser eller olika vårdnivåer. Rutiner som finns för kommunikation och informationsöverföring verkar inte fungera i gränssnittet mellan aktörerna. Varje aktör är endast intresserad av den information de själva behöver för att utföra sina egna arbetsuppgifter. Detta leder till kontroller, väntetider och merarbete, som i sin tur skapar irritation för såväl vårdpersonal, anhöriga som vårdtagare.

6.2 Varför blir det så här?

Under de senaste decennierna har det genomförts ett antal organisatoriska reformer inom den offentliga sektorn i Sverige. Syftet med dem har varit att bidra till bättre styrning, organisering, kontroll och effektivitet (Almqvist 2004, Quist 2005, SOU 1997:57). Med hjälp av reformerna har tidigare detaljreglering och centralisering av verksamheter ersatts med ramlagstiftning och decentralisering, där större autonomi och ansvar getts för de lokala ledningarna över personal och ekonomi (Lindberg 2002, s 17). En effekt av reformerna har blivit ett ökat fokus inom sektorn att identifiera sig själva, men även av andra, som organisationer (Brunsson och Sahlin-Andersson 1998). När en vårdverksamhet ser sig som en organisation kan den avgränsa sig mot omvärlden och mätas med hjälp av kvantitativa och kvalitativa mått (Ekman Philips 2002, s 8). Den kan också jämföras med andra organisationer samt styras med strategier mot uppställda mål. Gränsskapande innebär att man identifierar sig som en organisation, där den lokala självständigheten förstärks genom införandet av verksamhetsmål, redovisningssystem och krav på hierarkisk uppföljning och utvärdering (Lindberg 2002, s 17). Konsekvensen av detta gränsskapande har blivit en renodling av verksamheten och en snävare tolkning av vilka arbetsuppgifter som faller inom ramen för den egna organisationen/kliniken.

Dessutom är sjukvården en utpräglad byråkratisk och professionaliserad verksamhet där den formella rollen som läkare, sjuksköterska, paramedicinare etc. är central (Ekman Philips 2002, s 10). I en professionell organisation har personalen ett specifikt ansvars- och kompetensområde när det gäller arbetsuppgifter. Detta leder till att det i första hand är formella och formaliserade relationer som har betydelse. Den strukturella uppbyggnaden kommer därför att ha inflytande på de professionellas beteende och agerande eftersom kontrollen sker utifrån hierarkin (Mintzberg 1983, s 4-8). Den professionella fokuseringen

bidrar till att den organisatoriska identiteten, det vill säga att man identifierar sig som en del av en helhet, ofta är svagt utvecklad (Ekman Philips 2002, s 10, Lindberg 2002). Detta bekräftas av Åhgren (1997), som menar att sjukvårdens vertikala uppbyggnad och styrning leder till låg produktivitet och kvalitet, som visar sig i form av bristande kommunikation mellan enheterna. Dålig samordning leder i sin tur till krav på kontroll, improduktiv väntan, dubbelarbete och annat icke-värdeskapande arbete. Konsekvensen blir att patienterna inte får den kvalitativa vård och omsorg som hälso- och sjukvården syftar till.

Ett ökat gränsskapande samt professionell fokusering kan vara ett sätt att förstå de problem jag sett i projektet. Dessa båda aspekter förstärker såväl identitet, hierarki som ansvar och bidrar till bristande samordning och nytänkande, såväl internt som över organisationsgränser. I en sådan organisation finns inte heller några större incitament att öka samverkan då uppföljning och utvärdering följer den hierarkiska uppbyggnaden (Trägårdh och Lindberg 2002). Men som vi sett i projekt Botvid finns behov av att överskrida gränser och se till helheten. Statsmakterna har lyft fram samverkan som en lösning på frågor som berör den interorganisatoriska domänen (Statens Kvalitet och Kompetensråd 2004), det vill säga den typ av samordningsproblem som framkom i min studie. Organisationssamverkan behövs för att hantera alltmer komplexa processer men också för att möta externa krav och framstå som en modern och legitim verksamhet (Røvik 2000).

6.3 Vårdkedjan – en lösning på samordningsproblem

En lösning på hur samordning skall lösas i komplexa och differentierade verksamheter är vårdkedjan, vilken kan uppfattas, som en tidstypisk idé eller trend (Røvik 2000, Trägårdh och Lindberg 2002). Vårdkedjan skall ses som en åtgärd som syftar till att motverka gränser och revir mellan olika funktionella enheter/yrkesgrupper och negativa följder av sjukvårdens funktionella och hierarkiska organisering. Införandet av vårdkedjor antas öppna upp för nya och alternativa sätt att organisera vården för att öka värdet för patienten. Vårdkedjekonceptet utgår från processtänkandet och syftar till att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande i hela kedjan (Rentzhog 1998, Hammer och Champy 1993). Idealt beskriver vårdkedjan patienter som vandrar samma väg genom vården, det vill säga förloppet för många patienter, som genomgår en kedja av vårdinsatser, vilka är seriellt kopplade till varandra (Trägårdh och Lindberg 2002). Delarna i ett sådant flöde kan synliggöras och bilda underlag för en diskussion om problem och möjligheter längs hela behandlingskedjan. Men att se sig som en del i en vårdkedja kräver ett nytt perspektiv hos inblandad vårdpersonal. De förväntas

förskjuta sitt fokus på den egna funktionen till att betrakta och förstå flera verksamheter då patientprocessen går över flera organisations- och huvudmannagränser. Istället för den ”vi-och-dom-anda”, som lätt uppstår i en hierarkisk struktur, antas processsynsättet skapa förutsättningar för att utveckla en samarbetskultur med de funktioner som verkar i processen.

Men att förändra sjukvården är inte lätt. Tidigare erfarenheter av förändringsarbete har lett till en generell kritik mot dessa. I kritiken framhålls att centralt initierade och styrda förändringsprocesser är dåligt anpassade till lokala förhållanden (Ekman Philips 2002). De centrala (politiska) lösningarna har varit inriktade på att förändra den övergripande strukturella nivån. Önskvärda förändringar, i form av detaljerade modeller och vårdprogram, har ”tryckts ner” i verksamheterna. Den lokala nivån och deras förutsättningar har negligerats genom att påverkansmöjligheterna för berörda i den lokala verksamheten har varit mer eller mindre obefintliga. Detta eftersom modellerna/reformerna redan är utformade och bestämda till formen och därmed även det organisatoriska beteendet (Ekman Philips 2002, s 10). I en SOU-utredning om organisationsutveckling inom hälso- och sjukvården, framhålls att utvecklingen av vården snarare bör ske med en långsiktig strategi och med bred medverkan och delaktighet av vårdens alla personalkategorier (SOU 1996:66). Enligt utredningen bör vårdutveckling och organisationsförändringar också vara en del av vårdens vardag och att initiativet till utveckling av vården bör ske efter initiativ på det lokala planet.

Ovanifrån och utifrån styrda förändringsstrategier förmår således inte i tillräckligt hög grad aktivera berörd personal i ett utvecklingsarbete. Att utveckla ett processtänkande, som var ambitionen i projekt Botvid, förutsätter ett brett deltagande och engagemang från alla de yrkeskategorier och professioner som berörs eftersom processen berör patientens hela behandlings- och rehabiliteringskedja. Utvecklingskraften måste bygga på att de som utför de dagliga handlingarna också är med och påverkar hur nya och/eller förbättrade rutiner skall utformas samt hur informationsöverföring mellan dem bäst sker. Det är genom samverkan i hela processen som kvaliteten för patienten kan utvecklas och kundorientering uppnås (Trägårdh och Lindberg 2002). Studier har visat att det finns en positiv koppling mellan hög grad av aktivering av chefer, anställda och fack i ett utvecklingsarbete och det resultat som skapas i form av hög produktivitet (Gustavsen *et al.* 1995). En arbetshypotes jag hade i min studie var att ledningens agerande men också val av förändringsstrategi, det vill säga hur förändringen organiserades och genomfördes skulle kunna ha betydelse för att uppnå idén med vårdkedjan.

6.4 Har ledningens agerande och förändringsstrategi haft betydelse?

För att förstå och analysera utvecklingen i projektet valde jag tre olika förändringsstrategier för att bedriva ett projekt på: planerings-, aktiverings- och nätverksstrategin (Svensson och von Otter 2002). Strategierna har olika kännetecken och metoder att organisera projekt på. Min analys berör strategin som helhet där jag använt kännetecknen som en karta att orientera efter.

Den strategi som varit mest framträdande enligt min tolkning är aktiveringsstrategin. Den har skapat förutsättningar för lokalt engagemang och deltagandet. Projektet initierades underifrån och av en läkare, tillika verksamhetschef, vilket gav projektet legitimitet. Verksamhetschefen bearbetade och förankrade initialt sin idé om vårdkedja i toppledningarna hos berörda vårdgrannar. Han hade inspirerats av det framgångsrika projektet Esther (www.esther.nu). Enligt verksamhetschefen fanns en ”vinna-vinna”- situation för alla som gick med i projektet. Att kunna påtala vinster för de intressenter som deltar är en viktig aspekt vid samarbete (Svensson och von Otter 2002). Projektet skulle inte ses som ”ett sparprojekt”, vilket annars är vanligt då det handlar om processorientering (Rentzhog 1998, Hammer och Champy 1993).

Ett studiebesök gjordes i Eksjö för att verksamhetschefen skulle kunna påvisa de vinster han framhållit vid sin förankring av idén. I besöket deltog ett antal berörda chefspersoner hos de olika vårdgrannarna. Man blev imponerad av de framsteg som gjorts, vilket sannolikt underlättade för verksamhetschefen att få stöd och bidrag till att starta ett eget projekt. Sjukvårdschefen framhöll också att det var viktigt att stötta projektet eftersom det kom ”underifrån” (intervju 040504). Normalfallet är annars att den här typen av projekt ”startas och styrs uppifrån och då är det svårt att få med alla” enligt honom. Projektet förankrades även hos fack och vårdpersonal ute i berörda verksamheter. Min tolkning är att verksamhetschefen genom sitt förankringsarbete på idéstadiet lyckats motverka brist på stöd och resurser, som ofta anges som en orsak till att projekt som initieras underifrån misslyckas (Svensson och von Otter 2002).

Men även om verksamhetschefen fungerat som drivkraft kunde han och hans kollegor inte själva genomföra förändringen. Det behövdes ett brett deltagande och samverkan för arbetet med processorienteringen, då den löpte över flera organisationsgränser. En särskilt förändringsmetodik, kallad HPR-metoden, användes i projektet. Den utgick från en kontextuell ansats, vilket innebär att det inte finns *ett* bästa sätt att bedriva projekt utan projektet ses snarare som situationsberoende. Varken ledare eller projektansvariga kan i en

sådan situation förändra så mycket av egen kraft utan förändringen bygger på medverkan och engagemang från dem som berörs av förändringen (Svensson och von Otter 2002). Det bygger också på hur detta intresse tas tillvara och berörda får komma till tals. Viktiga aspekter i en sådan ansats är att ha förståelse för situationen, vara lyhörd och ta tillvara deltagarnas intressen, traditioner och organisationskultur.

Det är nyckelpersonerna som utförde det egentliga utvecklingsarbetet i processen. De var ca 50 stycken och representerade samtliga led i Botvids behandlings- och rehabiliteringskedja. Även om mål och förändringsmetodik var fastställda i projektplanen så var den viktiga frågan för nyckelpersonerna vilka praktiska lösningar som var lämpliga i den strategiska anpassning som behövdes för att samverka och skapa kvalitet för Botvid. I den kontextuella ansats som förändringsmetodiken utgick från har projektledaren haft en viktig samordnande roll. Hennes arbetssätt har varit flexibelt och öppet och hon har kontinuerligt bidragit med information till nyckelpersonerna för att de skulle kunna hitta samordnade lösningar utifrån sina praktiker. Genom nulägesanalyser och kartläggningar växte det successivt fram förslag till lösningar. Ett demokratiskt idé- och erfarenhetsutbyte skedde i konferenserna (Gustavsen 1990). Det utbyte av idé- och erfarenheter, som både formellt och informellt skedde i grupperna, bidrog till att deltagarna kunde ”thinking-outside-the-box” (Quist 2005, s 36). Ett sådant synsätt anses ge stimulans till kreativa lösningar och lärande, som gör att deltagarna kan få ett nytt perspektiv på det de redan vet (Ellström 1996). I den handlingsplan som togs fram fanns också enligt min uppfattning ett flertal kreativa förslag, som byggde på samtliga nyckelpersoners praktiska och sociala utgångspunkter (ibid.). Min tolkning är att det inte hade gått att få fram olika åtgärdsförslag i konsensus om inte alla, även läkarna hade accepterat dem. Detta med tanke på läkarnas starka maktställning, som de kan utnyttja för att försvara den kärnverksamhet de arbetar i (Axelsson 2000, Blomgren *et al.* 1999, Östergren och Sahlin-Andersson 1998). Att ha läkarnas engagemang och medgivande är viktigt för att lyckas med processorientering (McNulty och Ferlie 2002). I fallet Botvid sågs vårdkedjan som en mjukare variant av BPR, eftersom den inte syftade till att bryta upp funktionella gränser (Rentzhog 1998, Hammer och Champy 1993). Vårdkedjan sågs snarare som en ”språklig konstruktion” för att beskriva och betrakta verksamheternas flöden (Trädgårdh och Lindberg 2002, s 33). De språkliga konstruktionerna skulle bidra till att skapa verktyg så att samordningen kunde förbättras mellan delarna i ”produktionsprocessen”.

Sammantaget menar jag att aktivering av chefer, anställda och fack har varit en positiv faktor och underlättat initiering och genomförande av projektet. Projektledningen med verksamhetschefen i spetsen har varit drivkraft och styrt projektet med hjälp av projektplanen, där mål och förändringsmetodik var fastställda. Men de problem som fanns kunde inte lösas utan att involvera samtliga yrkeskategorier och vårdgrannar. Tillsammans kom de successivt fram till lösningar genom ett socialt samspel över organisations- och professionsgränser. En väsentlig del i detta mjuka utvecklingsprojekt var att påverka nyckelpersonerna mentalt så att de såg sig som en del i produktionsprocessen det vill säga helheten.

Men för att genomföra projektet och skapa "ordning och reda" och uppnå handlingsplanen, är min tolkning att man har kompletterat aktiveringsstrategin med traditionell planeringsstrategi (Engwall 1999, Hart 1999, Holmberg och Naessén 1995, PMBOK Guide 2003, Wisén och Lindblom 1999). Detta eftersom det skapades en projektorganisation med styr- och ledningsgrupper. Tillsammans tog dessa grupper fram en projektplan, som projektledningen använde i styrningen av projektet. Projektledningen gav också kontinuerlig information till styr- och ledningsgrupperna om projektets utveckling, såväl tids- som budgetmässigt. I planen fanns ett antal steg-för-steg-aktiviteter, som byggde på den kontextuella ansatsen. Resultatet av en aktivitet fungerade som input för nästa aktivitet osv. Genom dessa olika aktiviteter kom de 50-tal nyckelpersonerna successivt fram till en gemensam handlingsplan. Planen växte fram genom ett stort antal diskussioner där nyckelpersonerna initialt påtalade omfattande brister hos andra men inte hos sig själva. En tydlig "vi-och-dom"-anda präglade de initiala aktiviteterna enligt min uppfattning. Efterhand som intervjuer och konferenser avlöste varandra uppstod sannolikt en ökad mental förståelse och insikt hos nyckelpersonerna om varandras del i hela vårdprocessen, vilket också var ett viktigt syfte med projektet. Sammanfattningsvis menar jag att projektets genomförande följde en beslutsprocess, som förknippas med idealet om rationellt beteende. Ansvariga och finansiärer kunde med hjälp av projektplanen knyta projektet till sedvanlig praxis men också aktuell förändringsmodell/teori det vill säga trenden att vara modern och legitim (Svensson och von Otter 2002).

Som jag beskrivit ovan kan projekt Botvid ses som ett idédrivet och mjukt projekt eftersom det ifrågasatte traditioner och rådande kulturer. En processyn innebär att man tillägnar sig ett synsätt som utgår från organisationens och/eller organisationernas arbetsflöden, vilket kräver förändrade attityder och mentala bilder. Detta för att möjliggöra de anpassningar som behövdes för att förbättra och effektivisera flödet mellan dem. Eller annorlunda uttryckt att

anpassa sitt arbete så att det passar in i det totala arbetsflödet och därmed ge nästa länk i kedjan så bra förutsättningar som möjlig i sitt arbete. På så sätt förväntas fokus förflyttas från att hitta fel och syndabockar till att förbättra processen så att den (oftare) levererar rätt kvalitet.

Projektledaren framhöll kontinuerligt i utvecklingsprocessen att det var viktigt för nyckelpersonerna att öka förståelsen för vad andra delar/vårdgivare/yrkeskategorier gör i vårdprocessen. Enligt projektledaren skulle nyckelpersonerna inte bara se till sitt eget informationsbehov. De måste även fråga sig vilken information de kunde ge till andra för att underlätta anpassningen i flödet enligt henne. En viktig del var därför att påverka nyckelpersonernas värderingar och normer för att underlätta utvecklingsarbetet enligt min tolkning. Detta bekräftades också vid ett samtal med projektledaren, efter att projektet var avslutat. Hon framhåller där att projektet handlade om att påverka ”mentala aspekter” (intervju 040621). Detta förklarar också varför vårdkedjan, som idé, kan ses som en språk- och tankemodell för att förbättra samordningen mellan delar i en horisontell produktionsprocess (Trägårdh och Lindberg 2002). Syftet med en sådan tankemodell är inte att förändra de funktionella verksamheterna utan snarare att påverka människors tankar och det språk med vilket de beskriver och upplever sin egen situation i kedjan.

Jag har antytt att man sannolikt har lyckats förändra nyckelpersonernas mentala värderingar och attityder. Orsaken, enligt mig, är att det inte hade varit möjligt att komma fram till en handlingsplan om inte attityderna till varandras arbete i kedjan påverkats. Denna påverkan underlättades troligen av att de nyckelpersoner som ingick i projektet utgör ett positivt urval. De valdes/anmälde sig därför att de var intresserade av förändringsarbete. Min tolkning är att de också var medvetna om att det krävdes förändrade attityder och relationer om förändringar skall uppstå i praktiken. Men det är vid implementeringen som man med säkerhet kan uttala sig om det uppstått ett förbättrat samarbetsklimat utifrån förändrade attityder och värderingar. Min uppfattning är dock att det fanns en vilja och ett intresse (Socialstyrelsen 2000:5) hos nyckelpersonerna att lära sig och förstå vad övriga delar i kedjan gjorde. Flera deltagare framförde till mig att de ”äntligen fick träffa personen bakom rollen, som till exempel distriktssjuksköterska eller biståndshandläggare”. Deras kontakter med varandra hade tidigare endast skett genom telefon och/eller via fax. På konferenserna fick de nu se ett ”ansikte” bakom rollen. Detta bidrog till att många tog kontakt med varandra för att starta auskultationer och/eller göra studiebesök hos varandra. Genom dessa auskultationer och

studiebesök kan ett mer långsiktigt lärande uppstå då en spridning av kunskap kommer att ske genom den kommunikation som uppstår mellan parterna (Müllern och Östergren 1995, Gustavsen och Hofmaier 1997). Förutsättningarna för att få nya insikter som kan användas i den egna organisationen ökas på så sätt och bidrar därmed att på sikt skapa tillit till varandra.

Att påverka nyckelpersonernas mentala förståelse eller attityder till varandra och de arbetsuppgifter de utförde var viktigt. Inte bara på kort sikt utan även för att skapa ett långsiktigt och kontinuerligt utvecklingsarbete genom nätverk. För att skapa förutsättningar för ett sådant långsiktigt utvecklingsarbete användes ytterligare en kompletterande strategi, nämligen nätverksstrategin. I projektansökan till EMU Mål 3 framgick det att kvalitetsutveckling av hela vårdkedjan skulle ske genom utveckling av nätverk mellan vårdgrannarna. Etablering av nätverk och horisontell kommunikation syftar till att bryta upp hierarkiskt styrda vertikala kommunikationsmönster, som till stora delar fortfarande präglar vårdens organisationer (Ekman Philips 2002, s 4). I de (dialog)konferenser som ingick i projektet arbetade man i huvudsak med tvärssektoriella arbetsgrupper. På så sätt skapades förutsättningar för nyckelpersonerna att lära känna varandra. Genom dessa kontakter kan såväl spridning som utveckling uppnås, vilket anses vara en viktig fördel med strategin (Berggren m fl. 1998, Gustavsen 1990). Detta eftersom deltagarna får kontakt redan när förändringen initieras och fokus är processer snarare än resultat. Utvecklingskraften och lärandet förstärktes också av att man i projektet uppnådde en kritisk massa eftersom ett stort antal enheter medverkade (Gustavsen *et al.* 1995). Det nätverksbyggande som initierades i projektet kan bidra till proaktiva lärprocesser och stödjande samarbetskulturer och underlätta såväl planering som genomförande av förändringar (Argyris och Schön 1995, Brunsson 1989). Anledningen är att man i nätverken kan bygga upp en ömsesidig tillit mellan deltagarna. Det är tillit mellan individer som gör att sociala nätverk kan utvecklas och bestå (Gunneriusson 2002). Genom tillit kan individerna hantera osäkerhet och kontroll i relationerna eftersom tillit ersätter dessa. Sammanfattningsvis är min tolkning att nätverksstrategin har fungerat som en utvecklingsmetod i projektet eftersom den använts för att uppnå ett specifikt ändamål (Gustavsen och Hofmaier 1997, Lind 2002). Det man velat utveckla är lärande, kompetens och kvalitet i projektet.

6.5 Sammanfattande slutsatser

I min analys av det empiriska materialet har jag försökt få svar på de forskningsfrågor jag initialt ställde. Den första frågan handlade om varför informationsöverföring och samverkan

mellan berörda vårdgivare inte fungerar. Svaret kan kopplas till de vertikala strukturerna och den professionella fokuseringen. Båda dessa aspekter har bidragit till ett ökat gränsskapande där identitet, hierarki och ansvar fokuseras samtidigt som detta leder till bristande samordning och nytänkande över organisationsgränser. Idén om vårdkedja var en lösning på samordningsproblemen. Men den förutsätter att de som finns i patientens hela vård- och rehabiliteringskedja förändrar sitt fokus - från att enbart se till sin egen organisation och funktion till att se och betrakta hela den interorganisatoriska kedjan.

Den andra frågan jag ställde var hur man i projektet hade agerat i planeringsfasen för att skapa förutsättningar för ett processtänkande och där de professionella grupperna ges inflytande. Analysen gav vid handen att projektet initierades underifrån och drevs av en eldsjäl, verksamhetschefen på medicinkliniken. Projektet byggde på ett brett deltagande och engagemang av ett 50-tal nyckelpersoner, vilka representerade alla yrkeskategorier, som deltar i Botvids vård- och rehabiliteringskedja. För att genomföra projektet fanns en projektplan med fastställt mål och en specifik förändringsmetodik, däremot inte vilka lösningar som var lämpliga på upplevda problem. Lösningarna kom fram genom ett idé- och erfarenhetsutbyte, som byggde på demokratiska dialoger med berörda nyckelpersoner/enheter. Den handlingsplan som blev projektets slutprodukt byggde på en mental förståelse för nödvändigheten av ömsesidiga anpassningar av flödet för att skapa ett mervärde för Botvid i hela hans vårdprocess. Min slutsats är att nyckelpersonerna haft en avgörande roll i projektet, inte minst läkarna. Detta eftersom de kom in redan i den initiala planeringsfasen och inte som annars, vid "top-down"-förändringar, när direktiv skall implementeras.

Den tredje och sista frågan handlade om vald förändringsstrategin har spelat roll i planeringsfasen av projektet. Svaret är entydigt ja enligt min uppfattning. Tidigare erfarenheter av förändringar inom hälso- och sjukvården visar att transformationen av sektorn är trög och svår. Detta eftersom centralt initierade förändringar, som bygger på färdiga modeller, har negligerat den lokala praktiken. Om lokala förändringar skall komma tillstånd är det viktigt att de som berörs av förändringarna också får vara med och påverka vilka lösningar som är lämpliga utifrån deras handlingspraktik, vilket skett i projekt Botvid. Detta är särskilt relevant när det gäller läkarna, som är en grupp som såväl kan blockera som bidra till förändringar. Redan under projektets gång genomfördes ett flertal åtgärder (se epilogsnittet nedan), som direkt förbättrade såväl medicinläkarnas som övrig personals arbetssituation och därmed indirekt även vårdtagarnas vårdprocess. Som komplement till

aktiveringsstrategin användes planeringsstrategin för att visa att projektet knöt an till sedvanlig praxis och aktuell förändringsmetodik. Nätverksstrategin utgjorde också ett komplement till de två andra strategierna och användes för att skapa förutsättningar för ett mer långsiktigt formellt och informellt kvalitetsutvecklingsarbete mellan vårdgrannarna.

Projekt Botvids upplägg och genomförande kan också sägas representera den idealtyp av vårdkedjeprosjekt, som kan karaktäriseras som ”dialogorienterade interorganisatoriska projekt”. I ett sådant projekt är syftet att utveckla samspelet på det operativa planet genom utveckling av de sociala relationerna för att lösa ett etablerat organiseringsproblem.

I figur 6.1 har jag relaterat det empiriska materialet till de kännetecken, som karaktäriserar den i projekt Botvid dominerande aktiveringsstrategin. Detta för att ytterligare stärka de slutsatser jag kommit fram till.

Kännetecken	Aktiveringsstrategi	Empiri i projekt Botvid
Styrning	Underifrån	Nyckelpersonerna hade en aktiv roll i styrningen av projektet, som skedde i dialog med ledning och fack.
Drivkraft	Engagemang	Projektet byggde på bred medverkan och delaktighet av ett 50-tal nyckelpersoner.
Metodik	Egna lösningar	De operativa problemen var utgångspunkt för den anpassning som behövdes.
Ansats	Öppen	Man fokuserade flexibilitet och diskussion över professionsgränser för att skapa lösningar på problemen
Arena	Lokal utveckling	Formella och informella arenor användes där demokratiska dialoger tillämpades för att utveckla ett helhetstänkande kring patientens vårdprocess.
Ledning	Eldsjäl	Initiativtagare och pådrivare av projektet var en läkare, som också var verksamhetschef. Ledning av projektets aktiviteter stod däremot projektledaren för.
Tidsperspektiv	Kort eller medellång	Den officiella planeringstiden för projektet var från september 2002 till oktober 2003. Däremot startade verksamhetschefen sin förankring av projektiden redan våren 2002.
Teori	Aktiveringsteorier: social-psykologiska teorier	Teori har inte studerats i avhandlingen

Tabell 6.1 *Kännetecken för aktiveringsstrategin*
 Källa: Bearbetning av Svensson och von Otter 2002, s 22

6.6 Epilog

Enligt projektplanen skulle handlingsplanen antas av ledningsgruppen vid ett möte i december 2003. Vid ett samtal jag hade med projektledaren, ca 14 månader efter att projektet var avslutat, berättar hon att handlingsplanen inte fastställdes förrän i mars 2004 (intervju 040621). Orsaken var en pågående omstrukturering av länet sjukhusvård för att inrätta så kallade närsjukvård. Den typen av vård berör sådan sjukvård som är vanligt förekommande hos befolkningen eller en enskild person. Närsjukvården ses som lokalt betingad där specialistvården är skild från närsjukvården men skall utnyttjas vid behov.

Projektledare menade att det har varit olyckligt att handlingsplanen fastställdes så sent. Hon framhåller att det hade varit viktigt att ”ta vara på nyckelpersonernas engagemang och intresse”. Enligt henne är det ”ju dom som skall utgöra bryggor mellan de olika vårdgivarna och starta olika processer eller projekt på sina arbetsplatser för att genomföra de olika åtgärder som föreslagits i handlingsplanen”. Men enligt projektledaren har flera av de åtgärder som föreslogs i handlingsplanen redan genomförts. Så till exempel har inköp av mobiltelefoner till de distriktssköterskor som saknade sådana gjorts. Man har också ordnat med sidotelefoner med hemligt nummer till vårdavdelningar och vårdcentraler för att snabbare förmedla information mellan vårdpersonal. Det har även startats ett pilotprojekt, som syftar till att förbättra den elektroniska informationsöverföringen så att vårdaktörerna skall kunna läsa varandras dokument ”on line”. Ett GAH-projektet har också startats för att öka kontinuiteten i vårdkedjan. Enligt de prioriterade förslagen behövdes en geriatrisk vårdform mellan kommun och landsting för att möjliggöra för Botvid att bo kvar i eget boende så länge som möjligt. Enligt projektledaren ”kommer nu mer konkreta aspekter från samverkansprojektet Botvid att synas i detta GAH-projekt”. I projekt Botvid handlade det mer om påverkan av ”mentala aspekter” enligt henne medan man i GAH-projektet ”börjat prata med varandra och då har det uppstått effekter och bieffekter”. Även rutiner mellan vårdcentraler och akutmottagning har förbättrats. Nu kan primärvårdens läkare ringa direkt till akutmottagningsjouren för diskussion om inläggning av en vårdtagare. Genom denna förändring blir det färre personer som blir inblandade i vården av Botvid och dessutom blir det färre besök på akutmottagningen (intern slutrapport 040315).

6.7 Implikationer för vårdkedjeforskning

Att förändra hälso- och sjukvården med idéer och koncept från den privata sektorn har inte lett till några större framgångar, varken internationellt eller nationellt, visar olika studier (McNulty och Ferlie 2002, Ekman Philips 2002, Trägårdh och Lindberg 2002, Åhgren 2002). Enligt Trägårdh och Lindberg (2002, s 35) kan hälso- och sjukvården uppfylla fyra moderna företeelser i och med användningen av vårdkedjekonceptet: kostnadseffektivisering, brett deltagande och samverkan, kvalitet och kundorientering. Kopplar man min studie till dessa företeelser visar den sannolikt att det skett en påverkan. Det handlade dock inte i första hand om en kostnadspåverkan eftersom verksamhetschefen framhöll vid förankringen av projektet att det inte innehöll några sparkrav. Eventuella besparingar som gjordes skulle få behållas av de inblandade parterna. Snarare var syftet i projektet att påverka nyckelpersonernas mentala bilder med hjälp av HPR-metodiken. Strävan var att utgå från ett helhetsperspektiv, det vill säga ett patientperspektiv snarare än det egna funktionella perspektivet. För att uppnå en processsyn är det viktigt att man ”ser samma process och har samma perspektiv” där flöden betonas genom kedjemetaforen (Trägårdh och Lindberg 2002, Lindberg 2002). På sikt kan dock en kostnadspåverkan uppstå eftersom användandet av vårdkedjan ger förutsättningar för rationaliseringar av flödet mellan berörda vårdgrannar. Tidigast efter att föreslagna åtgärder implementerats, kan man mäta och beräkna eventuella rationaliseringsvinster i projekt Botvid. Detta gäller även den kvalitetsförbättring som antas uppstå genom den samverkan som sker i de interna processerna. I projektet fanns en strävan att uppnå olika slag av kvalitetsutveckling i hela vårdkedjan. Det skulle ske genom kompetensutveckling av alla yrkeskategorier, genom utveckling av samarbetsrelationer i nätverk mellan grannarna, men också genom utveckling av ett gemensamt vårddokument. Andra kvalitetsförbättrande åtgärder var en förbättrad logistik i hela vårdkedjan samt förbättrad kommunikation och informationsöverföring såväl mellan vårdtagare och vårdgivare som mellan vårdgivare. Utgångspunkten i detta kvalitetsarbete är en strävan att ”göra rätt från början” och därmed försöka uppnå ”noll fel” i processerna (Trägårdh och Lindberg 2002, s 35). Detta kvalitetsarbete bidrar därmed till att kundorientering kan uppnås.

Min studie visar att det är centralt att de som berörs av en förändring också får delta i och påverka lösningar på upplevda problem. I synnerhet gäller detta läkarna, som besitter stor institutionell makt i vården. Projektet har dock redan gett effekter eftersom ett nytt arbetssätt mellan primärvård och specialistläkarna/medicinläkarna har införts. Numera behöver

patienten inte passera akutavdelningen, utan primärvårdsläkaren kontaktar jourhavande specialistläkare, oftast medicinläkaren, direkt för diskussion. Finns behov av specialistläkare eller inläggning sker den direkt till lämplig avdelning. Medicinläkarnas arbetssituation torde sannolikt också förbättras genom det GAH-projekt som startades och som skall möjliggöra att Botvid kan stanna kvar i eget boende så länge som möjligt. Båda dessa förändringar förväntas reducera Botvids besök på akuten och ge honom vård på rätt nivå. Därmed har medicinläkarna sannolikt fått större kontroll över sin tunga jourverksamhet, med ett stort antal multisjuka patienter, neddragna vårdplatser och bristande informationsöverföring mellan vårdgrannar. I dagsläget går det inte att uttala sig om dessa åtgärder innebär bättre kvalitet eller kostnadsreduktioner eller för den delen en ökad kundorientering. Genom dessa åtgärder har man sannolikt åstadkommit en mer rationell drift av vårdkedjan men även öppnat upp för nya arbetsformer, vilket ligger i linje med de resultat som fanns i Sjukvårdsprogrammets interorganisatoriska vårdkedjeprojekt.

Utgångspunkten i förändringsprocessen var att skapa en helhetsförståelse utifrån patientens perspektiv. Men vid en jämförelse mellan vad patienterna klagade på och vad som kom att lyftas fram som prioriterade åtgärder är min uppfattning att åtgärderna mer avspeglar de professionellas tanke- och handlingsnormer än patienternas och statsmakternas önskemål. En möjlig slutsats från min studie kan därför vara att läkarna är villiga att vidta förändringar om det också medför att deras egen arbetssituation påverkas i positiv riktning. Eller annorlunda uttryckt, att institutionella förändringar accepteras om nya idéer presenteras som mer lämpliga än existerande tillämpningar (McNulty 2003). Detta ligger i linje med slutsatser från andra studier, såväl internationellt, som nationellt där syftet är att transformera hälso- och sjukvården mot en patientorienterad organisation (McNulty och Ferlie 2002, McNulty 2003, Åhgren 1999, 2002). Studier visar också att effektivitetsproblem i vården ses som medicinska och att bättre vård snarare än bättre organisering anses bidra till effektivitet (Blomgren *et al.* 1999).

6.8 Förslag till fortsatt forskning

Denna avhandling ser jag som en självständig förstudie till mitt fortsatta forskningsarbete som skall resultera i en doktorsavhandling. Som jag ser det finns det en stor potential i att använda idén om vårdkedja som ett sätt att utveckla och möta det förändringstryck, som finns på hälso- och sjukvården. Mitt interorganisatoriska projekt och även de i Sjukvårdsprogrammet samt projekt Esther visar att det går att ändra på ett system, som upplevs som dåligt genom att

förbättra processerna. Men en viktig förutsättning är att de professionella grupperna deltar i utvecklingsarbetet och att arbetet med vårdutveckling och organisationsförändring blir en del av deras vardag. Min studie visar att det fodras såväl engagemang, tid och pengar för att arbeta på ett systematiskt sätt med att förbättra processerna och systemet. Dessa lärdomar och insikter från mitt projekt kommer att utgöra grund för fortsatt forskning med följande utgångspunkter. Det alternativ som främst är av intresse för mig är att fortsätta med projekt Botvid och studera hur det blev i implementeringsfasen.

Som framgått av min studie infördes ett antal olika åtgärder redan under projektets initiala fas. Flera av åtgärderna fanns också med i handlingsplanen. I praktiken skall därmed gränsskapande (vertikala) och gränsöverskridande processer (horisontella) mötas vilket kommer att påverka hur organisering och styrning sker. Enligt flera studier skapar detta spänningar och en intressant fråga är därför hur organisering av aktiviteter konkret skett i implementeringsfasen. Där skall personal mötas från olika huvudmän vars verksamheter regleras av olika lagar. Vilka relationer har uppstått och hur kopplas de sociala relationerna och handlingarna samman i den lokala praktiken? Har inblandade personer tillägnat sig en processyn så att processen kan leverera rätt kvalitet? Beroende på hur man definierar processer så skapar man olika möjligheter att förklara, styra och utveckla dem det vill säga det praktiska arbetet. Det är ett stort antal yrkeskategorier som är inblandade i processerna och frågan är om dessa "ser samma process" det vill säga har de samma perspektiv och mentala modell, som de nyckelpersoner som deltog i projektet? Har det skapats en relevant och praktisk användbar flödesmodell?

För att processerna skall förbättras är det viktigt att det sker en medveten styrning av dem. Används processledning för att styra och förbättra processerna? Vem är i så fall ansvarig för styrningen? Vilken form av styrsystem och styrmekanismer används?

Ett annat problemområde som skulle vara intressant att studera är om kundperspektivet är i fokus och där icke-värdeskapande aktiviteter för patienten skall reduceras. Har de åtgärder som implementerats medfört att vården blivit mer kundorienterad? Upplever patienterna och anhöriga att vården utgår från deras behov och önskemål, det vill säga det som skapar värde för dem? Märker de av några förändringar jämfört med tidigare? Vad är det i så fall som har förändrats och på vilket sätt?

Litteraturlista

- Aidemark L-G (1998). *Vårdens ekonomi i förändring. En studie av ekonomistyrning i Landstinget Kronoberg*. Göteborg: HHS Bokförlaget BAS
- Almqvist R (2004). *Icons of new public management: four studies on competition, contracts and control*. Diss. Stockholms Universitet: Företagsekonomiska institutionen
- Angelöw B (1990). *Det goda förändringsarbetet*. Lund: Studentlitteratur
- Ahrenfelt B (2001). *Förändring som tillstånd*. Lund: Studentlitteratur
- Argyris C och Schön D (1996). *Organizational learning II: theory, method and practice*. Massachusetts: Addison Wesley
- Aronsson G, Svensson L, Leksell K och Sjögren A (1995). *Förändringskompetens. Projektledares erfarenheter av 300 Arbetslivsfondprojekt*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Axelsson L (2000). *Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning: en delikat balansakt*. Diss. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan
- Berggren C, Brulin G och Gustafsson L-L (1998) *Från Italien till Gnosjö. Om det sociala kapitalets betydelse för livskraftiga industriella nätverk*. Stockholm. Rådet för arbetslivsforskning, rapport nr 2
- Blomberg J (1998). *Myter om projekt*. Stockholm: Nerenius & Santéus förlag
- Blomgren M (1999). *Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning*. Diss. Uppsala: Företagsekonomiska institutionen
- Blomgren M, Lindholm C och Sahlin-Andersson K (1999) *Att leda landsting: styrning, samordning och ansvar i nätverk*. Stockholm: Landstingsförbundet
- Brunsson N (1985). *The irrational organization*. Chichester: John Wiley
- Brunsson N (1989). *The organizing of hypocrisy*. Chichester: John Wiley
- Brunsson N och Sahlin-Andersson K (2000). "Constructing organizations: the example of public sector reform". *Organization Studies*, issue 4 pp 721-746
- Bruzelius L och Skärvad O (2000). *Integrerad organisationslära*. Lund: Studentlitteratur
- Bryman A (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber Ekonomi
- Castells M. (2000). *Nätverkssamhällets framväxt, band 1*. Göteborg: Daidalos AB
- Chisholm R (1998). *Developing network Organizations. Learning from practice and theory*. Massachusetts: Addison-Wesley
- Crump N (2002). "Managing professional integration in an acute hospital – a socio-political analysis". *The Journal of Public Sector Management*, vol.15, Iss2, pgs 107-117
- Denscombe M (2000). *Foskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur

- Ekman Philips M (2002). "Sjukvårdsprogrammets uppgifter, värderingsramar och utvecklingsstrategi" i Ekman Philips (red) *Dialog över etablerade gränser. Om organisationsutveckling i sjukvården*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Ellström P-E (1996). *Arbete och lärande. Förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Falk V och Nilsson K (1999). *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Lund: Studentlitteratur
- Engwall M (1995) *Jakten på det effektiva projektet*. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag
- Forsberg G och Wallmark J (1998). *Nätverksboken – om mötets möjligheter*. Stockholm:Liber
- Gummesson E (1985). *Forskare och konsult*. Lund: Studentlitteratur
- Gunneriusson H (2002). "Fält och sociala nätverk – så förhåller de sig till varandra" i *Sociala nätverk och fält*. Uppsala: Opuscula Historica. Uppsaliensia 28
- Gustavsen B (1990). *Vägen till ett bättre arbetsliv: strategier och arbetsformer i ett utvecklingsarbete*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Gustavsen B, Hofmaier B, Ekman Philips M och Wikman A (1995). *Utvecklingslinjer i arbetslivet och Arbetslivsfondens roll*. Stockholm: SNS förlag
- Gustavsen B och Hofmaier B (1997). *Nätverk som utvecklingsstrategi*. Stockholm: SNS förlag
- Hammer M och Champy J (1993). *Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution*. New York: Harper Business
- Handbok i projektarbete* (1997). Malmö: Liber förlag
- Hart H (1999). "Ständiga förbättringar som komponent i en ledningsstrategi för förändring" i Nilsson T (red) *Ständiga förbättringar – om utveckling av arbete och kvalitet*. Solna: Arbetslivsinstitutet
- Hellesø R och Lorensen M (2005). "Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development". *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 42, Issue 7, pp 807-822
- Holmberg U och Naessén L-O (1995). *Projektarbetets grunder. Grundbok för alla som vill lära sig att arbeta i projekt*. Uppsala: Konsultförlaget
- Holme M och Solvang B (1991). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur
- Håkansson H och Snehota I (eds.) (1995). *Developing relationships in business networks*. London: Blackwell
- IUC i Gnosjö (2000). *Kvalificerad lärande i nätverk – en metodbok. Erfarenheter från företagsnätverk i Gnosjöregionen*. Gnosjö: Industriellt utvecklingscentrum i Gnosjöregionen AB
- Jansson T och Ljung L (2004). *Projektledningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur

- Karlöf Bengt (1997). *Benchmarking i verkligheten*. Stockholm: Svenska Förlaget
- Lawrence P R och Lorch J (1967). *Organization and environment*. Boston MA: Graduate school of Business Administration, Harvard University
- Leffler J (1996). *Vårdkedjans möjligheter och begränsningar*. Göteborg: Kommunforskning i Västsverige. Kfi-rapport 39
- Lewén B och Philip H (1998). *Ledande projektledning*. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag
- Lidman R (2003) *En studie om förutsättningar för sjukvårdsorganisationers förändringsbenägenhet. Ett dödat uttryck eller berikad mening?* Licentiatavhandling. Uppsala Universitet, Företagsekonomiska institutionen
- Liljefors O (1996). *Efterfrågan och utbud av kompetensutvecklande ledningsarbete*. Diss., Stockholm: Stockholms Universitet, Företagsekonomiska institutionen
- Lind M. (2002). *Det svårgripbara nätverket. En sociologisk studie av företagare i nätverk*. Diss. Örebro Universitet: Institutionen för samhällsvetenskap
- Lindberg K (2002). *Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer*. Göteborg: Bokförlagert BAS
- Lindberg K (2003). *Organisering mellan organisationer. Vårdkedja som handlingskedja*. Göteborg: GRI-rapport 2003:5
- Lindvall J (1998). *Resultatansvar inom sjukvården*. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag
- Maaninen-Olsson E (2004). *Det gränslösa projektet. En studie om förmedling och skapande av kunskap i tid och rum*. Licentiatavhandling. Uppsala Universitet: Företagsekonomiska institutionen
- March J G (1988). *Decisions and organizations*. New York: Blackwell
- McNulty T och Ferlie E (2002). *Reengineering health care. The complexities of organizational transformation*. Oxford: University Press
- McNulty T (2003). "Redesigning public services: Challenges of practice for policy". *British Journal of Management*. Vol 14, pp 31-45
- Merriam S (1994). *Fallstudier som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur
- Miles M och Huberman M (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Sage: Thousand Oaks CA
- Mintzberg H (1983). *Structures in fives: designing effective organizations*. London: Prentice Hall.
- Morgan G (1986). *Images of organization*. London: Sage publications
- Müllern T och Östergren K (1995). *Lärandekulturer. En studie av organisatoriskt lärande under olika institutionella betingelser*. Diss. Umeå: Handelshögskolan i Umeå
- Normann R (1975). *Skapande företagsledning*. Stockholm: Bonniers

- Ortman L (1999). *Praktisk ledning av förbättringsprocesser – inriktad på samverkan mellan resultat, process och team*. Lund: Studentlitteratur
- Packendorff J (1993). *Projektorganisation och projektorganisering – Projekt som plan och temporär organisation. Licentiatavhandling*. Umeå: Umeå Universitet, Företagsekonomiska institutionen
- Peterson A och Bojestig M (2003). *Ta bort sängarna och ge plats till patienterna*. Medicinkliniken vid Höglandssjukhuset i Eksjö. Paper till Kvalitetsmässan 2003
- Pfeffer J och Moore W (1980). "Power in university budgeting: A replication and extension". *Administrative Science Quarterly*, 25: pp 637-653
- Philips Å och Gustafsson E (1994). *Nätverk för ökad förändringskompetens – metodhandbok för förnyelsenätverk*. Stockholm: Statens Förnyelsefonds program Förnyelsenätverken
- PMBOK Guide (2003). *A guide to the Project Management Body of Knowledge*. Newton Square, PA: Project Management Institute
- Powell och DiMaggio (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University Chicago Press
- Quist J (2005). *Sammanhållna processer – en studie om horisontell samverkan*. Karlstad: Centrum för tjänsteforskning
- Rentzhog O (1998). *Processorientering*. Lund: Studentlitteratur
- Røvik K A (2000). *Moderna organisationer – trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*. Malmö: Liber
- Sahlin-Andersson K (1989). *Oklarhetens strategi. Organisering av projektsamarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Sahlin-Andersson K (1996). "I styrbarhetens utmarker" i Sahlin, I (red.) *Projektets paradoxer*. Lund: Studentlitteratur
- Sahlin-Andersson K (1999). "I mötet mellan reform och praktik", i Bentzen, E Z, Borum G, Erlingsdottier och Sahlin-Andersson K (red). *Når styrningsambitioner møder praksis*. Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag, ss 293-312
- Saunders M, Lewis P och Thornhill A (2000). *Research Methods for Business Students*. London: Prentice Hall
- Segelod E (2004). *Tio påståenden om kostnadsöverdrag*. Ekonomihögskolan vid Mälardalens Högskolas småskriftserie nr 2/2004.
- Senge P (1990). *The fifth discipline*. New York: Doubleday
- Socialstyrelsen 2000:5*. "Lönsam samverkan för individ och samhälle: samverkan inom rehabiliteringsområdet". Tredje lägerrapporten i serien: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 1996:66 *God vård på lika villkor*. Stockholm: Fakta info direkt

- SOU 1997:57. *I medborgarnas tjänst. En samlad förvaltningspolitik för staten*. Stockholm: Finansdepartementet
- SOU 1998:92. *Goda idéer om småföretag och samverkan*. Stockholm: Småföretagsdelegationens rapport 5
- Spri (1998). *Business process Re-engineering. Att förändra sjukvården radikalt*. Stockholm: Spri förlag. Rapport 465
- Statens Kvalitets- och Kompetensråd (2004). *Processbaserad verksamhetsstyrning i staten – från ärende till medborgare*. Stockholm: rapport maj
- Stenlås N (2002). "Varför nätverk spelar roll: om nätverksbegreppets otillåtenhet och epistemologiska särart" i Gunneriusson (red) *Sociala nätverk och fält*. Uppsala: Opuscula Historica, Upsaliensia 28
- Stuckenbruch L (1996). *The implementation of project management: the professional's handbook*. Massachusetts: Addison-Wesley
- Svensson L och von Otter C (2002). *Projekt i teori och praktik*. Stockholm: Nerenius & Santéus förlag
- Söderlund J (2002). *Projektledning och projektorganisation: utveckling av ett forskningsområde*. Linköping: Linköpings universitet, Research in Management Series, report 0201
- Trägårdh B och Lindberg K (2002). "Vårdkedjor – processorganisering i vården" i Philips Ekman M (red). *Dialog över etablerade gränser. Om organisationsutveckling i sjukvården*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Westerberg U (1996). *Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet*. Stockholm: SOU 1 996:85
- Westrin C-G (1996). *Primary health care: co-operation between health and welfare personnel*. Stockholm: Almqvist & Wisely
- Weurlander I (1997:8). *Rehab Äldre 300. Slutrapport: uppföljning av 43 projekt i Stockholms län för samordnad rehabilitering för äldre*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Wisén J och Lindblom B (1999). *Effektivt projektarbete*. Stockholm: Nordstedts Juridik AB
- Yin. R (1994). *Case study research. Design and methods*. Sage Publications Ltd.
- Åhgren B (1997). *Vårdkedjan. Patientfokusering, en väg till ökad kvalitet och effektivitet*. Lund: Studentlitteratur
- Åhgren B (1999). *Vårdkedjan. Vårdkonsumism och patientfokusering processinriktar sjukvården*. Lund: Studentlitteratur
- Åhgren B (2002). *Vårdkedjor har kommit för att stanna. En spegling av besvikelser, förhoppningar och drivkrafter*. Stockholm: Bohlin & Strömberg
- Östergren K och Sahlin-Andersson K. (1998). *Att hantera skilda världar: läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet

Internetkällor

Esther-projektet. (Elektroniskt). Tillgänglig:

<http://www.ltjkpg.se/html/halssjuk/ester/_projektet.htm>/(2002-12-20), ändrad:

<<http://www.ester.nu/>> (2003-11-17)

IUC (Industriellt Utvecklingscentrum). (Elektronisk).

Tillgänglig:<<http://www.iuc.gnosjoregionen.nu/>> (2004-10-12) (

Landstingsförbundet (Elektronisk). Tillgänglig:<<http://www.lf.swekom/>> (2005-05-12)

Sveriges Kommuner (Elektronisk). Tillgänglig:<<http://www.skl.se> (2005-03-02)

University Hospitals of Leichestet. (Elektroniskt). Tillgänglig:<www.uhl-tr.nhs.uk > 2005-02-24)