

Utveckling utifrån egna förutsättningar

- ett angeläget komplement till Stockholmsmodellen

Jan Öhrming

Lennart Bergsten

Vilka möjligheter och metoder har sjukvården för att utveckla sin "inre organisation" i takt med de förändringar som nu sker i den "yttre organisationen" inom många landsting? Förslaget i artikeln, som utgår från ett 3-årigt försök inom den internmedicinska kliniken på S:t Görans sjukhus i Stockholm, syftar till att presentera en komplementär utvecklingsstrategi för sjukvården där vårdorganisation och arbetssätt även anpassas till de problem och de möjligheter som vårdpersonalen definierar. Förslaget grundas främst på empiriska erfarenheter (1,2) och presenteras av ekonomie doktor Jan Öhrming, Stockholms universitet och chefsöverläkare Lennart Bergsten, S:t Görans sjukhus.

Organisationsforskare som stöd för utveckling av sjukvården

Sverige har en kort tradition när det gäller att använda forskare för att utveckla organisation och verksamhetsformer. Exempel från hälso- och sjukvården är ytterst få. I denna artikel redovisas resultat från ett utvecklingsprojekt som genomfördes våren 1989 till hösten 1992 inom den internmedicinska kliniken på S:t Görans sjukhus i Stockholm. Ett av projektets intressanta inslag var forskarnas utvecklingsstödande funktioner. Planeringen av projektet påbörjades inom ramen för Arbetsmiljöfondens LOM-program (Ledning, Organisation, Medbestämmande). Syftet med programmet var att stimulera forskning och utveckling beträffande olika arbetsförhållanden inom privat och offentlig sektor. Det var särskilt viktigt att belysa hur man bäst förenar krav på produktivitet och goda arbetsvillkor. LOM-programmet har utvärderats av tyska forskare. I deras rapport ingår en separat studie av utvecklingen inom medicinkliniken på S:t Görans (3).

Arbetet med att förändra organisation och arbetsformer inom medicinkliniken inleddes med en serie 2-dagarskonferenser för all personal inom medicinkliniken varav ca 70% deltog, väl fördelade på alla yrkesgrupper. Kostnader för forskare, konferenser och särskilda arrangemang finansierades huvudsakligen av Arbetsjööfonden. Medicinkliniken har finansierat egen arbetstid för att planera och genomföra utvecklingsarbetet. Vår ansats har utgått från erfarenheter inom skandinavisk arbetslivsforskning, forskning rörande problemlösning i organisationer samt antaganden om att individuella föreställningar och enskilt handlande är viktigare för organisationer än man vanligtvis anser (4).

En central hypotes för utvecklingsarbetet var att man måste involvera många individer och många frågeställningar i en organisatorisk förändringsprocess inom sjukvården. En annan viktig hypotes var att dialog och gemensam handling är centrala drivkrafter i ett sådant förändringsarbete. Enligt det senare antagandet måste utveckling i sjukvården grundas på en stabil dialog över funktions-, yrkes- och nivågränser. Dessa kan successivt leda till ändrade arbetsformer och nya rutiner, som i sin tur kan leda till konkreta förändringar av arbetsledning, arbetssätt och vårdresultat. Det är en sådan process i många små steg och initierad "både uppifrån och nerifrån" som har vidareutvecklats på S:t Görans. Ansatsen har enligt vårdens praktiker fungerat mycket väl och bör uppfattas som ett komplement till den förändring i stora steg och huvudsakligen "uppifrån och ner", som den s k Stockholmsmodellen representerar.

Det dubbla ändamålet

Samarbetet med medicinkliniken på S:t Görans har haft både praktiska och teoretiska syften. Utvecklingsarbetet har varit inriktat mot att artikulera och driva på de idéer som vårdpersonalen har formulerat under och ef-

ter de s k startkonferenserna som officiellt inledde arbetet. Syftet var att inom hela personalgruppen utveckla förmågan:

- att löpande formulera problem och möjligheter över yrkes-, funktions- och nivågränser
- att organisera sig i förhållande till de problem och möjligheter som man själv har definierat
- att utveckla ett prövande förhållningssätt till organisation och arbetsformer för att därigenom utveckla arbetsuppgifter, arbetsplatser och vårdresultat enligt sjukvårdens kriterier.

Syftet med forskningen har varit:

- att förklara den organisatoriska utvecklingen inom medicinkliniken. Vi ville också förstå vilka omständigheter som stödjer respektive hindrar en utveckling initierad "både uppifrån och nerifrån" i sjukvårdshierarkin.

Metod

Ansatsen i detta forskningsprojekt utgår från Kurt Lewins idéer om att det bästa sättet att förstå en företeelse är att förändra densamma (5). Det har resulterat i en kombination av forskarstött utvecklingsarbete och traditionellt fallstudiearbete där utvecklingsarbetet ger ramen för studier av förändringar av sjukvårdens arbetsformer. Det primära studieobjektet är "organiseringen" runt de problem eller möjligheter som sjukvårdspersonalen själva definierar och villkoren för dessa utvecklingsprocesser. Valet av medicinkliniken baseras på en inbjudan ställd till samtliga kirurg- och medicinkliniker i Stockholms läns landsting. Insamlingen av data grundas huvudsakligen på dokumentation från sjukhuset och intervjuer med individer och grupper med syftet att dels ge en bild av projektgruppernas läge i en utvecklingsprocess dels att driva på genomförandet av enskilda projekt.

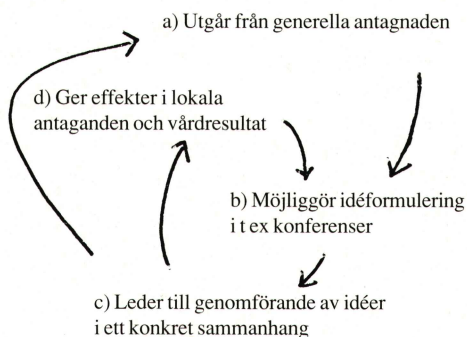
Vår idé till en mer komplementär utvecklingsstrategi för sjukvården är att genom bred samverkan skapa ett "större svängrum" för läkarnas och sköterskornas egna problemuppfattningar och lösningsförslag inom en idag hårt trängd sjukvårdsorganisation. Förslaget kan ses som ett kompletterande steg efter det att de övergripande besluten för sjukvården i Stockholm nu har tagits. Av-

Att genom bred samverkan skapa ett "större svängrum" för läkarnas och sköterskornas egna problemuppfattningar och lösningsförslag inom en i dag hårt trängd sjukvårdsorganisation

sikten är att stödja utvecklingen av en arbets- och ledningsorganisation (inre organisation) som bättre kan hantera de problem eller de möjligheter som vårdpersonalen själva definierar. Utvecklingsansatsen inbegriper även paramedicinare, administratörer och annan personal inom sjukvården.

Samarbetet mellan vårdpersonal och forskare har utgått från generella antaganden, a) i figur 1, om att kunskapen i sjukvården är uppdelad på många aktörer, att det är viktigt att involvera merparten av dessa i en förändringsprocess och att den mänskliga kommunikationen är en grundläggande drivkraft för utveckling av sjukvårdens organisation, arbetssätt och resultat. Vi har tillämpat dessa antaganden genom att, om och om igen sammanföra företrädare för olika yrken och olika nivåer, s k "vertikala snitt", i vårdorganisationen. Detta har huvudsakligen skett med hjälp av olika "utvecklingsinstrument" bl a styrgruppen, konferenser, arbetsplatsmöten och enskilda utvecklingsprojekt (6).

Figur 1. Den tillämpade utvecklingsmodellen.



I den idéformulerande fasen, b) i figur 1, har personalen formulerat sina visioner för framtiden och idéer om konkreta åtgärder för att förverkliga uppställda mål. I det praktiska arbetet med enskilda utvecklingsprojekt, c) i figuren, har sedan visioner och planer från steg b) prövats i en konkret vårdverklighet. Resultatet av denna prövning har påverkat antaganden, intressen, attityder och vårdresultat inom berörda vårdavdelningar d) som i sin tur har påverkat igångsättningen av nya utveck-

Ansatsen utgår från Kurt Lewins idéer om att det bästa sättet att förstå en företeelse är att förändra densamma

lingsprojekt inom kliniken. Forskningen har berört hela modellen i figur 1. Utvecklingsarbetet inom medicinkliniken på S:t Görans har inriktats mot den inre och snabbare spiralen - idéformulering b) - genomförande av idéer c) - resultat d) - ny idéformulering b) etc. Forskarnas roll har huvudsakligen varit att skapa handlingsutrymme, stödja och i någon mån styra förändringsarbetet genom att under hela projektperioden på olika sätt vara närvarande inom kliniken.

Resultat - en utveckling som både är plan- och processdriven

Våren 1989 befann sig medicinkliniken på S:t Görans i ett tillstånd av "konstant kris" med kraftiga överbeläggningar och hög personalomsättning (7). Generella besparingskrav satte ytterligare press på verksamheten. Arbetssituationen var mycket ansträngd. Vi mötte en händelsestyrd verksamhet där utrymmet för egna initiativ och en utveckling av verksamheten även "nerifrån vårdgolvet" var mycket begränsat. Sedan våren 1989 har verksamheten inom medicinkliniken ändrats och utvecklats på många fronter. En ny front öppnades genom våra startkonferenser. Under dessa konferenser arbetade klinikens personal fram ett stort antal projekt, 111 st, huvudsakligen arbetsorganisatoriska varav 64 var slutförda hösten 1992 (12). Med tiden tillkom ytterligare projekt, antingen som avknoppningar från gamla idéer eller som helt nya satsningar. Utöver dokumenterade åtgärder har också många smärre förändringar vidtagits inom kliniken som en följd av utvecklingsarbetet. Det har varit vardagsjusteringar som man länge har tänkt åtgärda, men som först i anslutning till detta arbete riktigt har kunnat diskuteras och genomföras. Dessa "många små steg" är viktiga i organisationens utveckling genom att de ger en utspridd och personlig erfarenhet av de reella förutsättningarna för förändringar även "nerifrån". Genom dem får man klara

besked huruvida det lönar sig att engagera sig i jobbet, om det är någon mening med att gå på kurser eller att samarbeta över yrkesgränser.

Konkreta förändringar som kan relateras till vårt utvecklingsprojekt har koncentrerats till vårdavdelningarna. De avdelningsövergripande reformerna har varit relativt få, men principiellt viktiga. En sådan förändring var tillkomsten av den s k samverkansavdelningen. Denna avdelning har genom sin organisation och arbetssätt och i kombination med Ädel-reformen väsentligen minskat trycket från de äldre patienterna med komplicerade omvårdnadsbehov och lättare sjukdomstillstånd (8). Verksamheten inom samverkansavdelningen bygger på ett nära samarbete mellan vårdgivare inom akutvård, primärvård, långvård och hemtjänst samt snabba patientflöden (patienten stannar maximalt 3 dygn). Denna vårdavdelning representerar ett annat sätt att tänka, men framför allt ett annat sätt att organisera sig ut ur svårigheter i sjukvården. Problematiken har här angripits "på tvärs" i förhållande till gällande specialiteter, kliniker och huvudmän. Andra exempel på viktiga gränsöverskridande förändringar inom medicinkliniken är diabetes-, sår- respektive stickgruppens (arbetsskador) arbete över avdelningsgränserna.

Sammantaget har utvecklingen inom medicinkliniken på S:t Görans under försöksperioden formats av starka yttre krafter bl a en högkonjunktur som har gått över i en lågkonjunktur. I kombination med Ädel-reformen har det skapat förutsättningar för att eliminera många av de flaskhalsar som i början av vårt samarbete störde arbetsflödet inom kliniken. Men förändringarna inom medicinkliniken har också varit plan- och processdrivna. De har drivits framåt av landstingets plan rörande konkurrenstryck på verksamheten och valfrihet för patienterna men också av en klinikformulerad vilja att uppnå en rad mål rörande samarbete över gränser, kompetensutveckling, informationsspridning, delta-

Tabell 1. Data om resurser, prestationer och produktionsmönster.

Källa: Medicinklinkliniken S:t Görans sjukhus.

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Antal läkare	32	32	32	32	33	33,5	32,5
Övriga befattningar	168,7	168,7	193,7	170,7	204,7	168,5	168,5
Läkarbesök	-	30 698	28 579	21 702	22 668	25 261	277,63
Vårdplatser	145	151	113	117	133	121	117
Intagna patienter	5 443	5 353	4 762	4 700	5 785	4 104	7 168
Belägningsprocent	107	107	105	95	90	90	96
Medelvårdtid i dagar	10,4	11,1	9,1	8,0	7,3	9,6	5,7

gande och engagemang i arbetsprocessen. Det är denna senare inriktning mot arbets- och vårdprocessen som skiljer utvecklingsarbetet inom medicinkliniken på S:t Göran från Stockholmsmodellen i övrigt. Enkelt uttryckt har vårt utvecklingsarbete främst försökt att påverka "smörjfaktorerna" inom vårdorganisationen. I första hand har det inriktats mot att utveckla dialogen i sidled, uppåt och neråt. En avsikt med detta har varit att försöka få fram allas erfarenheter och att motverka traditionen att huvudsakligen arbeta i fasta positioner inom sjukvården. För att också vården ska kunna utnyttja flexibiliteten i ny medicinsk och administrativ teknologi så måste man ompröva gränserna i organisationen och försöka utveckla nya vårdprocesser omkring vårdkonsumenterna. Detta berörs i liten utsträckning av Stockholmsmodellen.

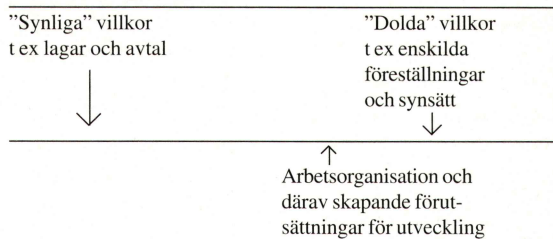
Diskussion - villkor för bred problemlösning och bred utveckling

Med utgångspunkt i teorier som ser utveckling av vårdorganisationen som en i första hand individuell förändring och subjektiv konstruktion av nya arbetsformer, är det inte möjligt att direkt iaktta eller direkt påverka de grundläggande utvecklingsprocesserna inom sjukvården. Det är enbart villkoren för den enskilde vårdgivaren som kan påverkas av sjukvårdens ledare. På grupp- eller organisationsnivå är det lika komplicerat att hantera problemlösning, lärande och utveckling. Där är det många vårdgivare som i samtal och i gemensamt arbete bygger upp kunnandet och de delade erfarenheterna, som sedan påverkar om och hur vårdpersonalen hanterar arbetsförutsättningarna. Det är också sällan som enstaka villkor har ett avgörande inflytande på hur en arbetsplats, själva arbetet och dess resultat utvecklas. Det är kombinationer eller "knippen" av orsaker som styr utvecklingen. I många verksamheter krävs flera nya omständigheter och starka stimuli för att erfaren personal ska "se något nytt", "se valmöjligheter" och "göra något annorlunda" i sitt vardagliga arbete. Detta har naturligtvis också att göra med vilka som blir vinnare och förlorare i en förändringsprocess.

Det främsta resultat som har eftersträfvats med det utvecklingsarbete som har presenterats i denna artikel

är en ökad förmåga att inom den enskilda kliniken tillvarata de egna erfarenheterna. Detta låter enklare än det är. Ser man på den svenska hälso- och sjukvårdens funktionssätt i ett historiskt perspektiv kan man konstatera att vårdens organisatoriska villkor har haft en begränsad betydelse för uppbyggnaden av verksamheten. Detta gäller även den moderna medicinens och det moderna sjukhusets tillkomst. I ett utvecklingsarbete är det en fördel om man är medveten om denna historia och att sjukvårdens inre organisation har formats under ett långt tidsförlopp. Kunskap om detta ger perspektiv på nu pågående förändringar inom sjukvården.

Figur 2. Skalan av villkor för utveckling av sjukvårdens organisation.



Utvecklingen av sjukvårdens organisation och arbetsformer kan uppfattas som en process som är villkorad av ett kontinuum av svårigheter och möjligheter för de som är inblandade, se figur 2. Till vänster på skalan i figuren ligger de strukturella och mest påtagliga betingelserna. Det är exempelvis Hälso- och sjukvårdslagen, Arbetsmiljölagen eller skyddsförfordningar som reglerar arbetsuppgifter i sjukvården. Nära lagarna och förfordningarna ligger olika typer av avtal som också uppställer sina villkor för en förändring av vården. Det handlar om fackliga avtal, avtal med patientorganisationer, försäkringsavtal m m. Till höger på den tänkta skalan ligger andra strukturella betingelser för utvecklingsprocessen, av typen huvudmannaskapet, officiella mål, styr- och kontrollsystem, anläggningarnas och utrustningens fysiska utformning samt kostnad-sintäktsläget. De strukturella förhållandena utgör övergripande villkor för en verksamhetsutveckling som på kort sikt är givna för t ex kliniken och dess personal. Till dem hör idag många av de systemförändringar som har genomförts inom ramen för Stockholmsmodellen.

Skalan i figur 2 går från "synliga" till "dolda" villkor för en organisatorisk utveckling i sjukvården. Långt ut till höger ligger de individuella förutsättningarna för att förändra sjukvården. Där finns de enskilda normerna och föreställningarna t ex med avseende på hur sjuk-

Detta karriärsystem, där relativt få förkovrar sig men vårdorganisation och arbetssätt består, utgör ett hinder för problemlösning

vården fungerar, hur den är uppbyggd och hur den bör bedrivas. Enskilda vårdgivare och personliga erfarenheter är viktiga i ett förändringsarbete dels för att upptäcka företeelser som bör åtgärdas, dels för att "bogsära" idéer och "kämpa ner" bevarande krafter inom den gamla organisationen. Men det gäller att få med sig den egna personalen i ett utvecklingsarbete. Idag kan man också fråga sig varför sjukvården i Stockholm har gjort så lite för att mobilisera sin egen personal och varför man inte bättre tar hand om och skapar karriärvägar för den personal som man faktiskt har.

Karriär i vården innebär fortfarande att gå från en avdelning till en annan avdelning eller från en befattning till en annan mer kvalificerad sådan t ex avdelningsläkaren som satsar på forskning eller undersköterskan som utbildar sig till sjuksköterska. Men detta innebär ju bara att individen byter arbete i en, i övrigt oförändrad vårdorganisation. Detta karriärsystem, där relativt få förkovrar sig men vårdorganisation och arbetssätt består, utgör ett hinder för problemlösning och utveckling på kliniknivån. Systemet är förmodligen också en starkt konserverande faktor i hela sjukvården. Rimligtvis borde vårdorganisation och belöningssystem kunna utformas så att även sjukvårdspersonal får incitament och möjligheter att utveckla den arbetsplats där man för stunden verkar t ex på det sätt som vi har försökt utveckla på S:t Görans. En sådan reform skulle vara av stor betydelse och ett viktigt komplement till den typ av utveckling som Stockholmsmodellen representerar.

Sammanfattning

Våren 1994 ter sig framtiden något oklar för medicinkliniken på S:t Görans sjukhus. Under 1993 har stora delar av verksamheten inom S:t Görans och Sabbatsbergs sjukhus bjudits ut på anbud till dem som vill driva verksamheterna i ny regi. Anbudsförfarandet lockade få entreprenörer och slutade i ett beslut om att reducera verksamheten på Sabbatsberg och att i nedbantat format driva S:t Görans vidare inom ramen för ett landstingsbolag. Målet är att detta bolag på sikt ska ledas av en från landstinget "fristående majoritetsäg-

are". För medicinklinikens del har detta inneburit en komplicerad samordningsmanöver och överföring av personal och patienter från Sabbatsberg till S:t Görans (9,10).

Om man bortser från turbulensen inom landstinget så har vår hypotes om ett utvecklingsarbete med många deltagare och många frågeställningar visat sig vara genomförbar inom medicinkliniken på S:t Görans (1). Tillämpade arbetsformer och metoder har visat sig vara flexibla. Dels har det varit möjligt att arbeta med ett stort antal vårdverksamheter och olika problemsituationer, dels har det varit möjligt att "gå in i" processer som har befunnit sig på olika utvecklingsstadier. Hypotesen om en dialog över yrkes-, funktions- och nivågränser som bärande princip för utvecklingsarbetet har också bestått prövningen. Arbetet med projektuppgifter och deras relevans för vårdens resultat har i uppföljningar och enkäter genomgående blivit positivt värderade av medicinklinkens personal.

Sammantaget har drygt hälften av medicinklinikens vårdavdelningar visat en tilltagande förmåga att organisera sig i relation till de problem eller de möjligheter som man själv har definierat. Dessa avdelningar tillämpar också internt den utvecklingsmodell som presenterades i figur 1, vilket i sig är ett starkt belägg för modellens giltighet. Förmågan att samarbeta över yrkesgränser, att identifiera svårigheter, att ta fram och tillämpa lösningar har utvecklats kontinuerligt inom dessa avdelningar och lett till förändringar i arbetsorganisation, arbetsledning, samarbetsformer och patientvård. Dessa förändringar har successivt stabiliserats och givit viktiga förutsättningar för de förbättringar av sjukvårdens produktivitet som kan avläsas i resultatredovisningen.

Men vad är det då som har skapat förutsättningarna för dessa positiva förändringar inom medicinkliniken? Vi menar att det är ett antal faktorer som i kombination kan förklara denna framgång. Det är Ädel-reformen, arbetsmarknadsläget och den allmänna förändringsberedskap som Stockholmsmodellen har genererat. Men det är också klinikinterna förhållanden samt en praktisk och lättförståelig förändringsstrategi. Det är klinikledningens krismedvetenhet. Det är den tagna utgångspunkten i det praktiska vårdarbetet och satsningen på en utveckling utifrån vårdpersonalens egna förutsättningar. Det är ett antal "eldsjälar" som har orkat ta på sig rollen som förändrare i ett både dynamiskt och trögt vårdssystem. Det är fackliga organisationer som huvud-

sakligen har informerat och mobiliserat. Det är en strategi för hur man kan utveckla vårdorganisationen och samtidigt förverkliga talet om vårdpersonalen som sjukvårdens viktigaste resurs.

REFERENSER

1. *Öhrming J*: Utveckling utifrån egna förutsättningar - ett angeläget komplement till Stockholmsmodellen? Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet, 1994.
2. *Öhrming J*: Problem uppifrån och problem nerifrån - om perspektivklyftan i sjukvården och sätt att överbrygga olikheterna. PMB Förlag, Stockholm, 1994.
3. *Naschold F*: Evaluationsbericht im Auftrag des Board des LOM-programms. Berlin, 1992. *Watt A*: Evaluation report commissioned by the board of the LOM-programme. Berlin, 1992.
4. *Hart H*: Utveckling i arbetslivet. Arbetsmiljöfonden, 1988. *Schön D*: The reflective practioner. New York, 1964, *Bergner P*, *Luckmann T*: The social construction of reality. London, 1967.
5. *Lewvin K*: Group decision and social change. New York, 1952.
6. Teori och praktik för detta arbetssätt beskrivs av bl a *Gustavsen B*: Creating broad change in working life, the LOM program, Ontario quality of working life center. Ontario, 1988. *Gustavsen B*: Dialogue and development. Stockholm, 1992.
7. Läkartidningen: "Konstant kris på medicinkliniken - S:t Görans medicinklinik i Stockholm" nr 9, 1989.
8. *Britton M*, *Bergsten L*, *Nederberg A*: Samverkansavdelningen för korttidsvård av patienter med komplicerad omvårdnadsproblematik och lättare sjukdomstillstånd. Medicinska kliniken, S:t Görans sjukhus. Stockholm, 1992.
9. Stockholms läns landsting: Akutsjukvården i Stockholms län - ny struktur, HSN. Stockholm, 1992.
10. Dagens Nyheter 14 maj 1993.

Höstens planerade temanummer

Liv och hälsa i ett framtidsperspektiv

Gästredaktör: Bi Puranen

Sorgearbete

Gästredaktör: Astrid Andersson-Wretmark

Frivilligarbetets plats i vård och omsorg

Gästredaktör: Lena Lundh